CRUVEILHIER

ANATOMIE

LÉSIONS DE L'APPAREIL

DE LA DIGESTION &c.

II.

159

ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
DU CORPS HUMAIN,

OU

DESCRIPTIONS, AVEC FIGURES LITHOGRAPHIÉES ET COLORIÉES,

DES

DIVERSES ALTÉRATIONS MORBIDES

DONT LE CORPS HUMAIN EST SUSCEPTIBLE;

PAR J. CRUVEILHIER,

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, PRÉSIDENT PERPÉTUEL DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE TURIN, ETC.

TOME SECOND.

(LIVRAISONS XXI A XL.)

A PARIS,

CHEZ J. B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N. 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIERE, 219, *REGENT STREET.*

ET CHEZ LES PRINCIPAUX LIBRAIRES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER.

1835—1842.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

(PLANCHES I ET II, X^{e} LIVRAISON.)

Considérations générales sur le ramollissement gélatiniforme et sur le ramollissement pultacé de l'estomac.

I. Les premiers observateurs, qui rencontrèrent dans leurs investigations cadavériques l'estomac et le canal intestinal convertis, dans une étendue plus ou moins considérable, en une sorte de mucus gélatineux, sans aucune trace de travail morbide dans les parties environnantes, dûrent penser que cette altération était purement cadavérique. Rien, en effet, ne ressemble davantage au produit de l'action d'un acide ou d'un alkali étendus d'eau sur nos organes que le ramollissement gélatiniforme. Aussi Hunter n'hésita-t-il pas à regarder ce phénomène comme cadavérique et comme *le résultat de l'action sur les parois de l'estomac du fluide dissolvant que ce même estomac avait formé pour la digestion des alimens*, en un mot comme une *dissolution*, une *digestion de l'estomac*. Hunter, absorbé par ses recherches sur la digestion, se contenta de décrire l'altération matérielle qu'il compare à celle des alimens à moitié dissous par l'effet du travail digestif, et d'étudier l'influence que le genre de mort, l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac exerçaient sur cette espèce de dissolution.

II. Jaeger, ayant observé ce ramollissement chez des individus qui avaient présenté pendant leur vie une série déterminée de symptômes morbides, se vit forcé d'abandonner l'opinion de Hunter, qu'il avait d'abord adoptée, et de reconnaître que si le ramollissement du grand cul-de-sac de l'estomac est un effet chimique, cet effet chimique présuppose la formation d'une plus grande quantité d'acide acétique que dans l'état naturel: or, cette formation, il l'attribue à un trouble dans l'action nerveuse. Telle est, à peu de chose près, quoiqu'en termes un peu différens, l'opinion de Chaussier.

III. Jaeger et Chaussier n'avaient rattaché à aucuns symptômes pathognomoniques les faits de ramollissement et de perforation du grand cul-de-sac de l'estomac qu'ils avaient recueillis; aussi cette lésion, peu généralement connue, n'était-elle étudiée que sous le point de vue médico-légal, et sous celui de l'anatomie pathologique: c'est surtout sous le point de vue clinique et pathologique que j'ai envisagé cette affection dans un travail présenté à l'Académie des Sciences en 1821 (*). Un grand nombre d'observations raisonnées précèdent la description du ramollissement gélatiniforme, et donnent une idée des différentes formes qu'il peut revêtir; j'ai fait remarquer l'analogie singulière qui existe entre les symptômes de l'hydrocéphale ventriculaire aiguë et ceux du ramollissement gélatiniforme de l'estomac, et j'ai donné la raison physiologique de cette analogie aussi-bien que de tous les phénomènes de la maladie. J'ai prouvé que les perforations spontanées aiguës de l'estomac, si bien décrites par Chaussier et Percy, ne sont que le dernier effet d'une lésion organique qui consiste dans le ramollissement gélatiniforme de l'extrémité splénique de ce viscère, sans aucune trace d'inflammation, de suppuration ou de gangrène; que ce ramollissement gélatiniforme s'observe quelquefois dans les intestins grêles et gros, qui partant peuvent être également le siége de perforations spontanées aiguës, suite de ramollissement. Cette espèce de rétrogradation vers l'état gélatineux, muqueux, est une maladie de la première enfance. Cependant on l'observe aussi quelquefois chez l'adulte.

IV. Il résulte des faits consignés dans ce travail, et de faits bien plus nombreux encore que j'ai recueillis depuis, 1° qu'il est presque toujours possible de diagnostiquer l'existence du ramol-

(*) *Médecine pratique éclairée par l'anatomie pathologique*, etc. Paris, 1821, in-8.

lissement gélatiniforme avec ou sans perforation de l'estomac et des intestins grêles ou gros; 2° qu'il est souvent possible de l'arrêter dans sa marche désorganisatrice.

V. Une diarrhée verte très-fréquente, semblable à de l'herbe hachée, si la maladie est intestinale; des vomissemens muqueux ou bilieux si la maladie attaque l'estomac; une soif ardente, insatiable, tout-à-fait caractérisque; un amaigrissement très-rapide (quelquefois en douze heures); une prostration de forces excessive; une face décomposée et décolorée; un assoupissement léger, interrompu par des cris plaintifs et des contorsions; une mauvaise humeur que rien n'égale; un pouls lent et irrégulier, le froid des extrémités, voilà la réunion des signes les plus propres à différencier le ramollissement gélatiniforme de toutes les autres maladies de l'enfance.

Dans la maladie cérébrale (hydrocéphale ventriculaire aiguë) il y a de même assoupissement et cris; mais quelle différence! L'assoupissement est continuel, et va sans cesse en augmentant; vous pouvez toucher, remuer, tourmenter l'enfant; il ouvre les yeux, qu'il referme aussitôt sans proférer aucune plainte. Des pincemens assez forts ne suffisent même pas pour l'éveiller. Les cris spontanés sont brusques, forts, articulés ou non articulés et presque toujours accompagnés de mouvemens en masse ou de mouvemens partiels et désordonnés, de positions bizarres. L'enfant ne demande rien; mais si on lui met des alimens dans la bouche, il les dévore; des boissons, il les avale avec avidité : en un mot, il est évident pour tout observateur attentif, que l'assoupissement est idiopathique dans la maladie cérébrale et symptomatique dans la maladie gastro-intestinale. Les vomissemens, le pouls lent et inégal, la décomposition de la face sont communs à l'une et à l'autre maladies; mais si l'on considère les différences relatives à l'âge auquel elles se déclarent, la maladie gastro-intestinale dépassant rarement l'âge de deux ans, et la maladie cérébrale embrassant depuis deux jusqu'à dix-huit ans; si l'on a égard à l'inégalité de la respiration, lente et suspirieuse, qui se manifeste dès les premiers momens de la maladie cérébrale, à l'état de la face, des pupilles, au grincement de dents, à la stupeur, aux alternatives fréquentes et rapides de mieux et de plus mal, et à la marche de la maladie, on évitera toute espèce d'erreur, même dès la première période.

VI. Comme traitement préservatif du ramollissement gélatiniforme je conseille, 1° d'être très-difficile sur le choix d'une nourrice; 2° de ne pas sevrer l'enfant trop tôt; 3° de s'abstenir de médicamens irritans; 4° si un enfant qu'on vient de sevrer est pris de dévoiement, de soif ardente; s'il maigrit, si sa petite figure se décompose à vue d'œil, si l'appétit diminue et se dirige spécialement vers les fruits et les alimens aqueux, hâtez-vous, la nature vous avertit que son organisation n'est pas assez forte pour supporter une nourriture solide; redonnez-lui le mamelon; vous serez trop heureux s'il veut le reprendre, si la première nourrice ne lui est pas devenue indifférente, ou conserve assez de lait, s'il ne refuse pas une autre nourrice : dans tous les cas ne le perdez pas de vue, il est menacé d'une maladie presque toujours mortelle quand elle est abandonnée à elle-même.

VII. La faim et la soif, la diète lactée, les bains long-temps prolongés, l'opium sagement administré, voilà les seuls moyens curatifs. Les antiphlogistiques et les dérivatifs affaiblissent le malade sans diminuer la maladie; la faim et la soif, au contraire, condamnent au repos l'organe affecté; par elles la membrane muqueuse n'est plus stimulée; la musculeuse ne se contracte plus, les vaisseaux faméliques absorbent les liquides surabondans appelés par l'irritation, et peut-être déjà extravasés. La diète lactée employée avec mesure console les viscères irrités par une nourriture trop abondante et hétérogène; l'effet émollient des bains se répète sur la muqueuse alimentaire; la douce excitation qu'imprime le calorique sur toute l'étendue de la peau, provoque la sueur et produit une dérivation puissante dont on peut graduer l'intensité; l'opium gommeux donné à une dose infiniment petite, soit en potion, soit en lavement, en assoupissant, si je puis m'exprimer ainsi, les nerfs intestinaux, comme tous les autres nerfs, calme l'irritation déjà existante, et s'oppose à toute irritation nouvelle.

VIII. Le nom de *ramollissement gélatiniforme* que j'ai cru devoir donner à cette maladie, est une description abrégée de la lésion anatomique qui la constitue. Ce ramollissement n'affecte pas

seulement la grosse extrémité ou extrémité splénique de l'estomac, on l'observe encore à la paroi antérieure de ce viscère; je l'ai rencontré dans divers points de l'intestin grêle, du gros intestin, à la partie inférieure de l'œsophage. Ce ramollissement procède toujours de l'intérieur vers l'extérieur. Il y a d'abord simple écartement des fibres que sépare un mucus gélatineux, et par conséquent les parois de l'organe sont épaissies et demi-transparentes; bientôt les fibres elles-mêmes sont envahies, disparaissent enfin, de telle sorte que l'estomac ou l'intestin ramollis ressemblent à de la gélatine transparente, arrondie en tube ou en portion de tube. Si la transformation est complète, les parties désorganisées sont entraînées couche par couche, et ce qui reste paraît aminci; le péritoine seul résiste quelque temps; mais enfin, envahi lui-même, il s'use, se déchire, et la perforation a lieu. Les parties, ainsi transformées, sont décolorées, transparentes, d'apparence inorganique, complètement dépourvues de vaisseaux, exhalant une odeur aigrelette semblable à celle du lait caillé, sans odeur ni de putréfaction, ni de gangrène. Un fait digne d'intérêt, c'est que les parties ramollies se décomposent beaucoup moins promptement que les parties non altérées dans leur organisation. L'ébullition qui convertit en gélatine l'estomac et les intestins, donne une idée parfaite de ce genre d'altération. Je dois noter ici un phénomène bien remarquable : c'est la coloration noire des vaisseaux qui avoisinent l'altération, couleur que je n'ai jamais rencontrée ni dans les parties désorganisées ni dans les liquides contenus. Je regarde l'épanchement des matières dans l'abdomen, que l'on rencontre quelquefois sur le cadavre, comme un phénomène cadavérique; car il n'existait dans aucun des cas que j'ai observés aucune trace de péritonite, et je ne sache pas que cette inflammation ait jamais été notée par d'autres observateurs.

IX. D'après ce résumé rapide, il est évident que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins, chez les enfans, constitue une maladie toute spéciale, ayant ses causes particulières, des symptômes et une marche propres, un traitement spécial, et enfin laissant après elle une lésion anatomique spéciale; de telle sorte que les praticiens qui ont l'habitude d'observer ce genre de maladies peuvent, d'après les symptômes, établir d'une manière positive, et le siége et la nature de la lésion. Or, les symptômes ayant beaucoup d'analogie avec ceux de l'empoisonnement, et pour leur violence et pour la rapidité de la mort, des diagnostics très-remarquables ont été portés depuis que l'éveil a été donné sur ce genre d'affection; des soupçons d'empoisonnement ont été écartés, et la désorganisation gélatiniforme avec perforation de l'estomac, de l'œsophage et des intestins, qui, dans les mains d'hommes de l'art, d'ailleurs instruits, était regardée comme une preuve matérielle de l'empoisonnement, a été rapportée à sa véritable source.

X. L'opinion de Hunter, qui regardait le ramollissement gélatiniforme comme un phénomène cadavérique, ne saurait donc être admise; car, d'après sa théorie, la digestion de l'estomac devrait se faire chez tous les sujets; la seule différence devrait résider dans le degré : or, le ramollissement gélatiniforme est une altération assez rare; on est quelquefois plusieurs mois sans la rencontrer dans les hôpitaux consacrés aux enfans malades. Si ce ramollissement était cadavérique, il devrait exister plus fréquemment par une température chaude que par une température froide; plus fréquemment dans le cas d'autopsies tardives que dans le cas d'autopsies précoces : or, j'ai trouvé cette altération par toutes les températures et sur des sujets que j'ouvrais quinze heures après la mort.

XI. Cependant, je me hâte de le dire, quelques-uns des phénomènes du ramollissement gélatiniforme semblent ne pouvoir s'expliquer autrement que par un menstrue qui continue d'agir après la mort. Ainsi, ce ramollissement s'observe presque toujours à l'extrémité splénique, peut-être parce que, dans la supination, situation ordinaire des cadavres, c'est dans cette extrémité que s'accumulent les liquides abandonnés à leur pesanteur. Ainsi, le ramollissement gélatiniforme de l'estomac s'étend souvent à la portion contiguë du diaphragme comme par une sorte d'imbibation. Le ramollissement de l'œsophage envahit le feuillet correspondant du médiastin, la surface du poumon, le poumon lui-même : j'ai vu le ramollissement gélatiniforme du gros intestin s'étendre à la surface du rein; et enfin, dans un cas, la totalité de

l'estomac, des intestins grêles et gros, la surface des deux reins avaient subi le ramollissement gélatiniforme, tellement que le moindre contact a suffi pour détruire ce fragile édifice; il est bien difficile d'admettre qu'une semblable altération ait eu lieu pendant la vie.

XII. Je n'ai donc pas été surpris que tout dernièrement un Mémoire ait été lu à l'Académie royale de Médecine, dans lequel on revient à l'opinion de Hunter, qui regarde le ramollissement et la perforation de l'estomac comme un phénomène chimique, une dissolution des parois de cet estomac par le suc gastrique, et plus spécialement encore à l'opinion de Jaeger, qui regarde l'acide acétique comme l'agent de cette dissolution. L'auteur de ce Mémoire, remarquable par une saine érudition et une saine logique, est un jeune médecin anglais, M. Carswell (*). Quatre expériences sur les lapins, un fait observé sur un maçon qui mourut une heure après son repas par l'effet d'une violence extérieure; voilà en quelque sorte la base fondamentale de ce travail, qui, comme l'a très-bien fait observer le savant rapporteur de la commission chargée d'en rendre compte, M. Andral, soulève une des questions les plus importantes de l'anatomie pathologique.

XIII. Eh bien, le ramollissement décrit par M. Carswell ne me paraît pas être le ramollissement gélatiniforme, mais bien le ramollissement pultacé, et cette distinction est d'une haute importance. Il existe en effet une espèce de ramollissement dans lequel la muqueuse est convertie en une sorte de pulpe, diversement colorée suivant la couleur des liquides contenus dans l'estomac, le plus ordinairement brunâtre, lorsque le malade succombant à la suite d'une maladie, soit aiguë, soit chronique, l'estomac ne contient que des liquides. Ce ramollissement occupe toujours le grand cul-de-sac de l'estomac, et s'étend rarement vers le pylore, ou s'il s'y propage, c'est le long du bord libre des plis que forme la muqueuse gastrique; il suffit alors de frotter légèrement la membrane muqueuse avec le doigt pour l'enlever en pulpe molle, il suffit même de distendre l'estomac pour que cette membrane éclate, pour ainsi dire, dans un grand nombre de points : souvent l'altération est bornée de la manière la plus tranchée par un plan perpendiculaire à l'axe de l'estomac qui passerait par l'orifice œsophagien.

XIV. Cette délimitation du ramollissement pulpeux s'explique, d'une part, par l'accumulation des liquides dans la grosse tubérosité de l'estomac; d'une autre part, par le peu d'épaisseur et de consistance de la muqueuse de cette grosse tubérosité comparée à la muqueuse du reste de l'estomac. Dans un degré plus avancé, il n'y a pas seulement ramollissement, mais destruction complète de la muqueuse, en sorte que la membrane fibreuse subjacente, mise à nu, se reconnaît à sa couleur blanc-bleuâtre qui contraste avec celle de la membrane muqueuse. Lorsque des plis occupent la surface interne de l'estomac, c'est le bord libre de ces plis qui est d'abord le siége du ramollissement et de la destruction; de là, ces bandes blanches longitudinales ou obliques qui sillonnent la face interne. C'est cette altération que M. Louis a très-exactement décrite sous le titre de *ramollissement avec amincissement et destruction de la muqueuse gastrique*, et qu'il regarde comme un état pathologique qui n'avait pas encore été signalé (**). Or, ce ramollissement pulpeux cadavérique a été confondu avec le ramollissement gélatiniforme par tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet; il l'a été par M. Carswell, il l'avait été également par les critiques distingués qui ont rendu compte de mon travail, publié en 1821. Je suis même fondé à croire (ceci soit dit sans mauvaise humeur de ma part) que la plupart d'entre eux n'avaient pas observé le ramollissement gélatiniforme. Il importe donc d'établir les différences qui existent entre ces deux ramollissemens.

Parallèle entre le ramollissement pultacé et le ramollissement gélatiniforme.

Les planches 1 et 2 (10e livraison) rendent aussi exactement que possible la différence d'aspect que présentent les deux espèces de ramollissement. La planche 1 représente le ramollissement pultacé, la

(*) Voy. ce Mémoire, *Journal hebdomadaire de Médecine*, 1830, t. 7, p. 321 et 505.

(**) D'après l'opinion de M. Louis, le ramollissement pultacé serait donc essentiellement distinct du ramollissement gélatiniforme; car, comment supposer que dans un travail publié en 1824, ce consciencieux observateur n'eût pas fait mention des travaux antérieurs, s'il n'avait pas cru être sur un terrain entièrement neuf?

figure 1 rend la pâleur et l'espèce de demi-transparence de l'extrémité splénique de l'estomac vu par sa surface extérieure.

La fig. 2 représente la surface interne de ce même estomac. On y voit des bandes blanc-bleuâtres P, P, disposées suivant la longueur de ce viscère; chaque bande répondait à un pli de la muqueuse qui a été détruite et comme dissoute à leur niveau. Dans les autres points, la muqueuse réduite en pulpe s'enlève par le plus léger frottement. La lame d'un scalpel promenée très-légèrement sur elle a entraîné toute la portion de cette muqueuse ME, ME, qu'elle a rencontrée. Des vaisseaux noirs VN, VN, VN, parcourent en tous sens l'extrémité splénique de l'estomac. Une espèce d'auréole brunâtre les entoure dans tout leur trajet.

La planche 2 représente le ramollissement gélatiniforme de l'estomac. La figure 1 montre l'estomac vu par sa face externe. La paroi antérieure de l'extrémité splénique est usée dans les points P, P. Elle est remplacée par une lamelle extrêmement mince, débris du péritoine, semblable à une gaze légère. L'orifice cardiaque de l'estomac, la portion de grosse tubérosité contiguë à la rate, la paroi postérieure de cette grosse tubérosité, la moitié antérieure du cylindre œsophagien, sont parfaitement sains.

La figure 2 représente l'estomac ouvert par sa paroi postérieure, en sorte qu'on voit à découvert la paroi antérieure de ce viscère dans toute son étendue. Le ramollissement sans changement de couleur, l'amincissement inégal, la destruction des parois de l'estomac ont été parfaitement rendus. D'ailleurs pas le moindre vestige de vascularité. Assurément rien ne ressemble davantage au résultat de l'action d'un menstrue qui aurait inégalement corrodé les divers points avec lesquels il aurait été en contact.

L'œsophage OE, que nous avons trouvé sain dans la moitié antérieure de sa circonférence, présente en arrière deux perforations irrégulières P, P; au niveau de ces perforations, le feuillet gauche du médiastin formait une *poche* considérable, largement ouverte dans la cavité de la plèvre. La cavité de la plèvre contenait un verre et demi de liquide trouble; la plèvre pulmonaire correspondante avait éprouvé le ramollissement gélatiniforme, en sorte que le tissu du poumon était à nu. Du reste, point de traces d'inflammation, soit dans la plèvre, soit dans le poumon.

Des vaisseaux rameux d'un noir de jais avoisinent la perforation. On remarque encore une escarre molle E d'un jaune ochré qui atteste un travail morbide et milite contre l'opinion d'une altération purement cadavérique.

La fig. 3 montre l'intérieur de l'œsophage OE ouvert longitudinalement, et les deux perforations P, P; les bords de la perforation sont tellement mous et diffluens, qu'il suffit du plus léger contact pour les agrandir.

XV. Si l'on compare attentivement l'altération représentée planche 1 avec celle représentée planche 2, il sera évident que la première est essentiellement cadavérique ou chimique, tandis que celle représentée planche 2 est essentiellement vitale, au moins quant à ses principaux attributs. Le ramollissement pultacé occupait en effet la grosse extrémité de l'estomac seulement, parce que là seulement était accumulé le liquide, parce que là aussi la muqueuse est beaucoup moins résistante et moins épaisse qu'elle ne l'est à droite de l'orifice œsophagien (*). Cette muqueuse a été complètement détruite au niveau des plis, parce que ces plis étant la partie la plus saillante plongeaient dans le liquide dont ils ont dû recevoir l'action la plus immédiate. Je reconnais avec M. Carswell que la couleur brunâtre des vaisseaux peut tenir à la présence d'un acide (**) (acétique ou muriatique, peu importe) dans le suc gastrique; acide dont s'imbiberaient les tissus morts et qui, agissant directement sur le sang contenu dans les vaisseaux, lui imprimerait cette couleur noire qui pénètre non-seulement à travers les parois vasculaires, mais encore à travers les parties molles environnantes.

XVI. Or, le ramollissement pultacé occupe presque toujours exclusivement la grosse extré-

(*) On ne saurait trop insister sur la différence que présente la muqueuse de l'estomac, suivant qu'on l'examine à gauche ou à droite de l'orifice œsophagien ; à gauche, elle est molle, ténue, très-vasculaire ; à droite, elle est épaisse, résistante, granuleuse. La distinction n'est pas toujours également tranchée. Sous le rapport de la membrane muqueuse, l'homme a vraiment deux estomacs.

(**) Une foule d'observateurs ont constaté que le suc contenu dans l'estomac est toujours acide, même dans les digestions les plus naturelles. Si vous plongez du papier teint avec le tournesol dans le suc gastrique d'un cadavre, il rougira à l'instant même. Les personnes qui ont des régurgitations volontaires pendant la chymification, éprouvent toujours un sentiment d'astriction très-prononcée à l'arrière-bouche, lorsque la matière régurgitée touche le pharynx : on ne saurait nier que l'acidité du suc gastrique ne soit susceptible d'augmentation ou de diminution : dans le fer chaud, il y a bien évidemment production d'une trop grande quantité d'acide. Je viens de m'assurer que la mucosité qui remplit l'estomac des fœtus rougit le papier de tournesol.

mité de l'estomac; cependant j'ai déposé dans les collections de la Société anatomique un estomac dont la muqueuse a subi le ramollissement pultacé et a disparu dans toute son étendue. Il est vrai que cet estomac contenait une très-grande quantité de liquide; tous les vaisseaux qui le parcourent sont noirs, la membrane fibreuse est à nu dans toute son étendue. Le ramollissement pultacé peut être produit à volonté; il suffit pour cela de laisser séjourner dans l'estomac, pendant un temps suffisant, les liquides qu'il contient, ou même d'introduire de l'eau dans l'estomac d'un cadavre. Un commencement d'altération cadavérique paraît nécessaire; aussi ce ramollissement s'observe-t-il bien plus fréquemment en été qu'en hiver, sur les sujets qu'on ouvre vingt-quatre heures après la mort que chez ceux qu'on ouvre avant ce laps de temps. J'avais cru d'abord pouvoir faciliter ce ramollissement par l'introduction d'une certaine quantité d'acide acétique; point du tout, les vaisseaux sont devenus noirs, mais la muqueuse a conservé sa résistance pendant quelque temps, puis elle s'est épaissie, et enfin ramollie à la manière d'une gelée: donc le ramollissement pultacé ne tient pas à la présence d'un acide, mais bien à un commencement de décomposition. Cela est si vrai que ce ramollissement coïncide souvent avec la coloration livide, rougeâtre, lie de vin ou même verdâtre, d'une plus ou moins grande étendue de l'estomac.

XVII. Si nous étudions parallèlement les caractères du ramollissement gélatiniforme représenté planche 2, nous verrons que, dans ce cas, c'est la paroi antérieure de l'estomac qui est détruite, et non point la paroi postérieure ou l'extrémité splénique proprement dite. Or, si des influences purement physiques ou chimiques avaient exclusivement présidé à cette altération, il est évident qu'elle aurait débuté par la paroi postérieure qui était bien plus que la paroi antérieure soumise à l'influence de la pesanteur, car le sujet était placé en supination comme de coutume: mais, à supposer que l'on conteste la vitalité de cette altération de l'estomac, pourra-t-on récuser celle de l'altération de l'œsophage? Où est le liquide contenu dans ce dernier conduit qui puisse, par une imbibition cadavérique, produire le ramollissement et la perforation? La couleur jaune ocrée de l'escarre ne témoigne-t-elle pas en faveur d'une altération produite pendant la vie? Il est bon de noter que l'ouverture du cadavre a été faite par une température froide, seize heures seulement après la mort, et que le sujet ne présentait pas la moindre trace de putréfaction.

XVIII. De même que le ramollissement pultacé, le ramollissement gélatiniforme peut être produit à volonté. Or, on arrive à ce résultat par différens procédés: 1° par l'introduction du vinaigre ou d'un autre acide étendu d'eau; 2° par l'introduction d'eau fraîche souvent renouvelée; 3° par de l'eau alkaline; 4° par l'ébullition. Mais pour produire cette altération à l'aide du vinaigre ou d'un autre acide, il faut une dose d'acide assez considérable, et ce n'est qu'au bout de deux, trois, quatre jours que la désorganisation gélatiniforme commence à s'opérer; il faut huit jours au moins pour qu'elle soit aussi complète que dans l'état de maladie.

XIX. De là je conclus que le ramollissement gélatiniforme ne peut en aucune façon être produit par la petite quantité d'acide qui se trouve dans le suc gastrique. Ajoutez à cela que souvent le ramollissement gélatiniforme coïncide avec la vacuité de l'estomac: d'ailleurs peut-on invoquer le suc gastrique pour expliquer le ramollissement de l'œsophage? Peut-on l'invoquer pour le ramollissement gélatiniforme de l'intestin grêle, du gros intestin? Par la même raison qu'on a eu recours à un acide pour expliquer le ramollissement de l'estomac, on devrait invoquer le secours d'un alkali pour expliquer le ramollissement du gros intestin, car les matières fécales sont évidemment alkalines. Je m'étonne que cette opinion n'ait pas trouvé quelque fauteur.

XX. Étudions maintenant les circonstances dans lesquelles surviennent l'une et l'autre altérations. Le ramollissement pultacé n'est annoncé par aucun symptôme particulier; on le rencontre dans les circonstances les plus opposées. Ainsi je l'ai rencontré à la suite des maladies les plus diverses, aiguës ou chroniques, avec ou sans symptômes du côté de l'estomac. Une circonstance singulièrement favorable à la production de ce ramollissement, c'est le travail de la digestion stomacale, travail fluxionnaire, qui a pour résultat l'accumulation d'une grande quantité de sucs

dans l'estomac en même temps qu'un certain degré de mollesse dans la muqueuse. Or, toutes les fois que j'ai eu occasion d'examiner la muqueuse gastrique d'individus morts pendant le travail de la digestion, l'estomac étant dans un état de réplétion, j'ai rencontré ce ramollissement, et ce qui ne devra pas encore surprendre, c'est que la muqueuse ramollie présente la même coloration que les matières contenues dans l'estomac; ainsi chez un individu qui se précipita d'une fenêtre, quatre à cinq heures après un repas copieux où il avait bu beaucoup de vin, et qui mourut à l'instant, je trouvai la muqueuse ramollie fortement teinte en rouge lie de vin. A la suite de certaines maladies aiguës ou chroniques, la coloration de la membrane ramollie est brunâtre, parce que le liquide contenu offre la même couleur. L'estomac représenté planche 1 provient d'un jeune homme qui avait succombé le trentième jour d'une entérite folliculeuse aiguë sans avoir présenté aucun symptôme du côté de l'estomac. Une assez grande quantité de liquide était accumulée dans la grosse extrémité de ce viscère. La demi-transparence de cette grosse extrémité, représentée fig. 1, me fit soupçonner, à la première inspection, le ramollissement pultacé; et en effet, la muqueuse s'enlevait sous la forme de boue, et l'altération était exactement circonscrite à la grosse tubérosité. Toutes les fois qu'on fait mourir violemment un animal pendant le travail de la digestion stomacale, on trouve le même phénomène de ramollissement: c'est ce que j'ai observé chez le chien; c'est ce qu'on observe plus complètement encore chez le lapin dont l'estomac a des parois si ténues et si peu résistantes. La suspension de l'animal par les pieds de derrière, ainsi que l'a fait M. Carswell, en concentrant toute l'humidité de l'abdomen sur la région de l'estomac, favorise encore cette espèce de dissolution (*).

XXI. Mais tandis que le ramollissement pultacé n'est annoncé par aucun symptôme particulier, le ramollissement gélatiniforme peut être reconnu sur le vivant, au moins chez les enfans; car je n'ai pas eu assez d'occasions de l'observer chez l'adulte pour pouvoir lui assigner des caractères pathognomoniques. Renvoyant donc aux histoires particulières que j'ai rassemblées ailleurs (**), je vais rapporter ici l'histoire du malade dont l'estomac a été représenté planche 2. Cette histoire est peu satisfaisante pour l'esprit qui ne saisit pas la corrélation des symptômes avec la lésion; mais je la donne telle qu'elle est, comme une pierre d'attente qui trouvera tôt ou tard son emploi.

Ramollissement gélatiniforme de l'estomac et perforation de l'œsophage chez un adulte.

Henri Cru, domestique, âgé de 22 ans, était malade depuis quinze jours lorsqu'il entra à la Maison royale de santé, le 27 avril 1830. Pour commémoratifs, je recueillis que la maladie avait débuté par une grande céphalalgie avec épistaxis fréquentes; que deux saignées au bras avaient à peine donné; que soixante sangsues avaient été successivement appliquées sur l'abdomen.

État actuel. Face colorée, bien qu'une épistaxis très-considérable ait eu lieu pendant la nuit; pouls plein, peu fréquent; oppression; stupeur légère; langue sale que le malade oublie de retirer. (Saignée au bras de huit onces qui paraît soulager.) Le 30, le malade est mieux.

1er mai. L'expression de la face est triste et présente quelque chose d'insolite. Rigidité des membres. Le malade ne se plaint de rien, mais il repousse constamment ses couvertures, et on le trouve toujours nu dans une position aussi désordonnée que possible; le pouls est à peu près naturel. Il répond à toutes les questions; il sort la langue hors de la bouche, mais il oublie toujours de la retirer. Je crois le délire imminent et je cherche à le prévenir. Un lavement d'huile douce de ricin le matin, de la glace sur la tête pendant le jour, une potion calmante le soir me paraissent remplir les indications.

2 mai. Tranquillité, assoupissement; une grande lenteur dans la respiration a remplacé l'oppression du premier jour. (Extrait résin. kink. 20 grains en 4 pilules: 2 vésic.; 2 sinap.; gomme édulcorée.)

3. L'agitation a reparu; le malade ne peut rester une minute dans la même place; il se découvre, se lève, se promène dans la salle, demande à manger avec instance. La soif, ordinaire jusqu'à ce jour, devient

(*) Le choix du lapin pour de semblables expériences n'est pas heureux, car les parois du canal intestinal de cet animal sont tellement ténues, tellement peu résistantes, qu'elles se déchirent avec la plus grande facilité. Joignez à cela que l'abdomen de cet animal est extrêmement humide et que les altérations cadavériques s'y développent avec une extrême facilité.

(**) *Médecine pratique éclairée par l'anatomie pathologique*. Paris, 1821, in-8°.

insatiable. Les infirmières disent que jamais elles n'en ont vu de pareille; que le malade se jetait sur le verre et ne pouvait plus s'en détacher. Du reste, aucune douleur locale. La pression exercée sur tous les points de l'abdomen ne développe aucune sensibilité. (Suspension de l'extrait résineux; boissons gommeuses.)

Les 4, 5 et 6 mai, agitation continuelle, mais connaissance parfaite; pouls fréquent, respiration fréquente. La soif est inextinguible. Extr. gomm. opium 1 gr. dans une potion.

Le 7 mai, agitation, rigidité des membres, les yeux sont largement ouverts, le pouls grêle et très-fréquent, la respiration très-fréquente. Le malade entend ce qu'on lui dit, mais sans pouvoir répondre. Il fait effort pour exécuter les mouvemens qu'on lui commande. Mort le 9e jour de son entrée et le 24e de la maladie.

Ouverture du cadavre seize heures après la mort par une température froide. Aucune trace d'altération cadavérique. Épaississement léger avec rougeur d'un petit nombre de plaques gaufrées au voisinage de la valvule iléo-cœcale; deux très-petites ulcérations près la valvule iléo-cœcale. Les gros intestins étaient énormément distendus. L'arc du colon, très-volumineux, était logé dans les hypochondres et l'épigastre. En le retirant, je vis la paroi antérieure de l'estomac, au niveau de sa grosse extrémité, ramollie, transparente et sur le point de s'ouvrir. On eût dit une mousseline extrêmement claire, plissée dans quelques points où elle avait plus d'épaisseur. C'est l'estomac représenté pl. 2. Tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. Cette observation a été recueillie à une époque où régnait une épidémie d'entérites folliculeuses aiguës; je pensais que telle était la maladie à laquelle nous avions affaire; et en effet l'autopsie cadavérique nous a montré un léger degré d'inflammation des follicules; mais évidemment la gravité et la forme insolite de la maladie ne peuvent pas s'expliquer par l'entérite folliculeuse. Je crois donc que nous pouvons regarder, au moins en partie, cette agitation continuelle, ces mouvemens désordonnés, cette répulsion des couvertures, la soif inextinguible comme le résultat du ramollissement gélatiniforme. Au reste, de nouveaux faits recueillis chez les adultes peuvent seuls éclairer ce sujet difficile, et de plus longues réflexions seraient ici hors de propos.

Je termine ce que j'ai à dire sur le ramollissement par une observation qui me paraît de la plus haute importance : c'est que *les maladies impriment à nos organes des altérations tout-à-fait identiques à celles que certains agens physiques et chimiques peuvent déterminer*. Il n'est donc pas étonnant qu'il existe des altérations organiques entièrement semblables à celles que produit sur nos tissus l'action d'un acide et peut-être même un commencement d'altération cadavérique. D'où la difficulté dans quelques cas, et en particulier dans celui qui vient de nous occuper, de distinguer les altérations physiques ou chimiques des altérations vitales. Cependant ce qui me paraît positif dans l'état actuel de la science, c'est que, en général, le ramollissement pultacé de l'estomac est une altération cadavérique, tandis que le ramollissement gélatiniforme est une altération pathologique (*).

(*) M. Andral (*Anatomie pathologique*, t. 2, p. 77) a parlé, avec son talent accoutumé, du ramollissement de l'estomac. Il se demande pour ainsi dire à chaque instant si ce ramollissement se produit pendant la vie ou après la mort, et la difficulté du sujet sera mise dans tout son jour par la conclusion à laquelle il est parvenu : « Toutes les fois, dit-il, que l'on découvre un ramollissement tant soit peu considérable de la muqueuse, sans qu'il y ait de traces de putréfaction dans le cadavre, on ne devra pas attribuer ce ramollissement à la putréfaction. »

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Ulcère chronique de l'estomac.

(PLANCHE V et VI, XX^e LIVRAISON.)

Les faits consignés dans la x^e livraison, Pl. v et vi, ont établi : 1° l'existence de *l'ulcère chronique de l'estomac* comme maladie essentiellement différente de l'ulcère cancéreux de cet organe, avec lequel il est presque toujours confondu sous le point de vue pratique, et même sous le point de vue de l'anatomie pathologique; 2° que bien qu'il n'existe à proprement parler aucun signe pathognomonique qui puisse différencier au lit du malade, l'ulcère chronique de l'estomac de certaines formes de gastrite et de l'ulcère cancéreux de cet organe, cependant, cette maladie peut être en général soupçonnée et même dans quelques cas positivement diagnostiquée; 3° qu'en opposition avec l'ulcère cancéreux, qui suit toujours sa marche envahissante et destructive, nonobstant le régime le plus sévère, l'ulcère chronique tend à la cicatrisation qui s'effectue sous l'influence de la soustraction de tous les irritans, je dirais presque par une diète à-peu-près absolue, qu'il faut modifier suivant les exigences de l'estomac; 4° que cette maladie est la cause la plus fréquente de l'hématémèse et de la perforation de l'estomac.

Les observations qui suivent, et les figures annexées qui représentent aussi fidèlement que possible l'état des organes, sont pleinement confirmatives des faits consignés dans la x^e livraison, en même temps qu'elles me paraissent jeter un nouveau jour sur les questions pratiques relatives à cette maladie, laquelle est beaucoup plus fréquente que je ne l'avais cru d'abord.

Les cicatrices de l'ulcère de l'estomac sont toutes fibreuses, très résistantes, et par conséquent fragiles; on a dit à tort que les pertes de substance des membranes muqueuses étaient toujours remplacées par un tissu muqueux accidentel. Les membranes muqueuses sont trop compliquées pour se produire de toutes pièces; un tissu fibreux non recouvert d'une couche muqueuse remplace la portion d'estomac détruite.

Un point de vue fort important, sous lequel l'ulcère chronique de l'estomac doit être envisagé, c'est celui de sa gravité qui survit en quelque sorte à la maladie elle-même; car la cicatrisation de l'ulcère une fois obtenue, le malade n'en est moins exposé à la perforation et à l'hémorrhagie : la cicatrisation des pertes de substance de l'estomac, de même que celle des pertes de substances de la peau, se fait de deux manières : 1° par le rapprochement des bords de la plaie; 2° par la production d'un tissu fibreux : les pertes de substance peu considérables se guérissent exclusivement par le premier mécanisme, et alors la cicatrice de l'estomac est représentée par un trait linéaire ou par un petit godet, avec froncement circulaire et plis radiés. Les pertes de substance considérables laissent une dépression circulaire faite comme avec un emporte-pièce, à fond fibreux, limitée par un bourrelet muqueux plus ou moins saillant.

La perforation et l'hémorrhagie peuvent avoir lieu pendant plusieurs temps de la durée de l'ulcère et dans plusieurs conditions qu'il convient d'examiner.

La *perforation* peut survenir : dans la période d'accroissement de l'ulcère lorsque des adhérences salutaires ne se sont pas établies; après la cicatrisation, et alors elle peut être le résultat 1° d'une ulcération nouvelle qui s'établit sur le fond même de la cicatrice ou sur un

point de sa circonférence; 2° du défaut d'extensibilité, de la fragilité de la cicatrice qui se rompt par suite de la distension de l'estomac soit par des gaz soit des alimens ou par suite de forts vomissemens.

L'*hémorrhagie* peut survenir: pendant la période d'accroissement de l'ulcère, elle est alors le résultat de l'érosion des parois artérielles; après la cicatrisation et alors, tantôt elle est produite par la chute d'un caillot obturateur; tantôt elle est la suite d'une ulcération qui s'empare d'un point de la cicatrice ou d'un travail d'érosion limité au vaisseau.

La mort est la conséquence aussi prompte qu'inévitable de la perforation de l'estomac.

L'hémorrhagie peut être très rapidement mortelle, ou bien le malade peut succomber à une succession d'hémorrhagies : le sang épanché dans l'estomac est habituellement rendu par le vomissement : souvent il est rendu tout à-la-fois et par les vomissemens et par les selles; dans quelques cas il est rendu exclusivement par les selles qui ont la couleur de l'encre; il est probable qu'alors le sang fourni en petite quantité est en quelque sorte digéré.

Les malades qui ont guéri d'un ulcère chronique de l'estomac, sont sous l'imminence de la recrudescence de la maladie par l'action des causes les plus légères. J'ai eu occasion de voir la maladie se reproduire trois fois sur le même sujet à des intervalles de 2, 4 ans.

La circonstance commémorative d'un ulcère de l'estomac antérieurement éprouvé doit rendre très circonspect dans l'emploi des médicamens irritans. Une malade, M^me^ la comtesse de V... avait guéri en 1830, d'un ulcère chronique de l'estomac avec vomissement noir (c'est la malade dont j'ai fait mention (x^e^ livr.) comme d'un exemple de guérison) elle était remarquable depuis cette époque par son insatiable appétit, je dirais presque par sa voracité; l'embonpoint était devenu énorme; une attaque d'apoplexie étant survenue en juin 1834, des saignées furent pratiquées, et à la suite quelques laxatifs furent administrés : ils furent légers : une once d'huile douce de ricin, une once de manne, quelques cuillerées d'infusion de rhubarbe suffisaient pour déterminer des évacuations alvines très abondantes. Sous l'action de ces moyens, l'hémiplégie diminuait graduellement, lorsque mon attention fut éveillée par un dégoût absolu pour toute sorte d'alimens, un malaise, un ennui profond que rien ne pouvait surmonter; il y avait un mouvement fébrile irrégulier : la région épigastrique n'était nullement sensible à la pression : le *point rachidien* qui avait si cruellement tourmenté la malade autrefois n'existait pas; néanmoins je pensai que l'estomac était le point de départ des symptômes tout-à-fait étrangers à l'état du cerveau et je mis la malade au régime le plus sévère. Le 1^er^ octobre 1834, après une nuit paisible, elle éprouve tout-à-coup une sensation extraordinaire dans l'épigastre; son corps se couvre d'une sueur froide; syncope, douleurs excessives dans l'abdomen. J'arrive; à la décomposition de la face, à la tension excessivement douloureuse de l'abdomen, à la sueur froide, à la petitesse du pouls, je reconnais une perforation : tout est inutile et la malade succombe au bout de 24 heures. Les parens se sont refusés à l'ouverture du cadavre; mais il ne reste pas le moindre doute dans mon esprit, sur l'existence d'un ulcère chronique de l'estomac cicatrisé, et sur la perforation de l'estomac. Je me suis demandé si les laxatifs réitérés n'avaient pas eu quelque part à la recrudescence de la maladie et de la perforation. J'ai dû me reprocher l'emploi du vomitif dans le cas suivant que j'ai eu occasion d'observer à la Salpêtrière, en même temps que j'observais en ville celui qu'on vient de lire.

Perforation spontanée de l'estomac, qui présentait à côté d'un ulcère récent qui a été le siège de la perforation, la cicatrice d'un ulcère ancien. (*)

(PLANCHE VI, fig. 3 et 4.)

La nommée B..., âgée de soixante ans environ, entre à l'infirmerie le 23 septembre 1834 pour un renversement de la muqueuse du rectum. Elle n'appela mon attention que sur ce point; je lui donnai le conseil d'éviter toute espèce d'efforts, d'user tous les jours de lavemens, et d'avoir soin de réduire la muqueuse intestinale chaque fois qu'elle allait à la garde-robe.

Quelques jours après, comme cette malade se plaignait d'anorexie, de mauvaise bouche et de constipation habituelle, je lui prescrivis 24 grains d'ipécacuanha qui amenèrent des vomissemens bilieux : soulagement le jour même. Dès le lendemain, la malade nous dit que les alimens et les boissons produisaient une sensation très douloureuse à l'épigastre; ce fut alors qu'elle me fit l'histoire de sa maladie. Elle avait été prise dix-huit mois auparavant de vomissemens, de douleurs à l'estomac et de fièvre. Les vomissemens étaient provoqués par l'ingestion des alimens. Ils cessèrent pour être remplacés de temps à autre, par des régurgitations d'eaux claires que la malade appelait des *flumes :* les douleurs épigastriques revenaient de temps en temps : elles étaient tellement vives, qu'elles lui donnaient la sensation d'un animal qui rongerait l'estomac.

Ces douleurs rongeantes, depuis long-temps assoupies, furent réveillées par le vomitif et accompagnées de hoquets, d'éructations et de vomissemens dont la saveur était désagréable.

La pression de la région épigastrique déterminait une douleur assez vive, mais on n'y sentait aucune tumeur (*lait* pour toute nourriture : cataplasmes). Quelques cuillerées de potion éthérée sont administrées et calment l'angoisse épigastrique.

Le 4 octobre, à 10 heures de soir, tout-à-coup vive douleur abdominale qui arrache des cris; agitation, angoisses : le lendemain matin, décomposition de la face qui est décolorée, pouls misérable; sueur froide; sensibilité très vive à l'abdomen, surtout à l'épigastre et à l'hypochondre gauche; nausées, hoquets. Je diagnostique une perforation d'estomac (15 sangsues, cataplasmes sur l'abdomen). Le soir, la douleur semble diminuer avec les forces; mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. — L'abdomen est à peine ballonné. Les intestins sont injectés, couverts d'une fausse membrane jaune mêlée de bile et de matières alimentaires. Le petit bassin contient plusieurs onces de sérosité trouble, dans laquelle nagent des pépins et des enveloppes de grains de raisin. Les circonvolutions intestinales sont unies entre elles par de fausses membranes mélangées de pus.

L'estomac présente en avant, tout près de la grande courbure, non loin du pylore, une perforation arrondie, P (Pl. VI, fig. 4), de deux lignes de diamètre.

L'estomac ouvert (fig. 3), présente au niveau de cette perforation une ulcération ovalaire récente, rugueuse et comme coupée à pic; indépendamment de cette ulcération récente, il existe sur la face postérieure de l'estomac, au niveau du pancréas, une cicatrice UC, formée par ce dernier organe, que recouvre une couche de tissu fibreux lisse. La muqueuse forme tout autour un bourrelet circulaire, mais ne se continue en aucune manière avec le tissu de la cicatrice.

Gastrite chronique ulcéreuse par suite d'un choléra léger; hématémèse; déjections alvines sanglantes; mort dans le marasme; cicatrice très considérable de l'estomac.

(XX^e LIVR. PLANCHE V, fig. 1 et 2.) (**)

La fig. 1, pl. V, représente la plus vaste cicatrice de l'estomac que j'aie eu occasion d'examiner. Le malade auquel il appartenait, a succombé dans le marasme à la suite de plusieurs hématémèses.

Un journalier, âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris au mois de mai 1832, d'un choléra léger, caractérisé par des vomissemens et des selles cholériques.

(*) Observation recueillie par M. Reignier, interne à la Salpêtrière.

(**) Observation et pièce pathologique recueillies à l'hôpital Beaujon (service de M. Martin-Solon), et communiqués à la Société anatomique par M. Reignier, alors interne de cet hôpital.

La convalescence fut difficile, incomplète : il ne put reprendre ses travaux pénibles qu'au bout de plusieurs mois : mais il fut bientôt obligé de les suspendre par suite d'un sentiment de faiblesse générale et de malaise qui le rendait impropre à la fatigue. Ses digestions étaient longues et laborieuses : la moindre surcharge de l'estomac déterminait un sentiment de plénitude et d'étouffement. Point de vomissemens.

Entré à l'hôpital Beaujon en avril 1833, il se plaint d'une douleur obtuse à l'épigastre et de battemens dans la même région. Appétit presque nul ; point de fièvre : constipation ; l'exploration des diverses régions de l'abdomen ne fait découvrir aucune tumeur, aucune lésion appréciables ; face pâle, bouffie.

Au mois de mai, le malade est pris, sans cause connue, d'un vomissement de sang noir caillebоté qui se renouvelle plusieurs jours de suite et le jette dans un grand état de faiblesse : en même temps, selles sanglantes avec coliques qui persistent pendant plusieurs jours : l'épigastre est tendu et sensible à la pression : décoloration de la face : œdème général (potions acidulées, lavemens, crême de riz pour toute nourriture).

L'amaigrissement va toujours croissant : sentiment de pesanteur et de chaleur à l'épigastre ; digestion très laborieuse, dévoiement, dépérissement : mort.

Ouverture du cadavre. — L'estomac, d'une assez grande dimension, adhère en haut au foie, en arrière au pancréas, et par la grande courbure à l'arc du colon ; la face antérieure seule était libre d'adhérences ;

Ouvert par sa face antérieure, cet organe présente (fig. 1, Pl. v) une perte de substance ovalaire ou plutôt une excavation en forme de zone, intermédiaire au cardia et au pylore, de 5 pouces dans son plus grand diamètre qui est presque perpendiculaire au grand axe de l'estomac, de 2 pouces et demi dans la plus grande largeur de son petit diamètre : la surface de cette vaste perte de substance est blanchâtre, lisse, d'apparence fibreuse et nullement muqueuse. Elle est circonscrite par un bord saillant, comme tranchant, au dessous duquel est une rainure ou rigole circulaire de plusieurs lignes de profondeur qui le détache complètement des parties voisines.

Au milieu de cette cicatrice, les parois de l'estomac ont complètement disparu et sont remplacées en haut par le foie dont la couleur apparaît à travers la cicatrice, en arrière par le pancréas reconnaissable à sa disposition granulée ; en bas et en avant par l'arc du colon qui est plissé sur lui-même et comme racorni dans le sens transversal, en sorte que vu à l'intérieur cet intestin présentait une disposition valvuleuse à la manière de l'intestin grêle, et qu'au premier abord je pus le prendre pour le duodénum.

La veine et l'artère spléniques étaient situées immédiatement au dessous de la cicatrice ; l'artère splénique avait été érodée et c'est à cette érosion qu'est due l'hématémèse observée sur ce malade : un caillot obturateur que la cause la plus légère aurait pu détacher, avait prévenu toute hémorrhagie nouvelle. Sur la figure, l'artère splénique AO, est représentée ouverte dans toute la partie de son trajet qui était subjacente à la cicatrice.

La fig. 2, pl. v, nous montre un vaste ulcère chronique de l'estomac non cicatrisé. Cet ulcère avait envahi les deux faces de l'estomac, sa petite courbure au voisinage du pylore, et le pylore lui-même : sa surface est rugueuse. Il n'était pas même en voie de cicatrisation ; je n'ai aucun renseignement sur le sujet auquel avait appartenu cet estomac.

Hématémèse qui a persisté pendant 20 ans ; coliques épigastriques extrêmement violentes depuis 4 ans ; voracité ; mort par perforation de l'estomac. Cicatrice très considérable à côté du pylore ; grand cul-de-sac de nouvelle formation ou plutôt second estomac occupant la région du pylore ; orifice pylorique double.

(PLANCHE VI, fig. 1 et 2.)

Lanier, âgée de cinquante-et-un ans, demoiselle, est restée pendant un an dans mes salles, dans l'état suivant : douleurs épigastriques extrêmement violentes qui lui arrachent des cris aigus : elle se tient fortement courbée sur elle-même, les genoux appliqués contre l'épigastre ; point rachidien correspondant : pendant les crises de douleurs, la malade ne supportait pas la moindre pression sur l'abdomen, qui est quelquefois tendu et comme tympanisé : ces douleurs surviennent par crises de 10, 12 heures, et quelquefois de 24 heures. L'exploration de l'abdomen, à laquelle la malade ne se prête qu'avec répugnance, ne fait découvrir aucune tumeur dans l'abdomen, qui est tantôt affaissé et tantôt tympanisé ; la malade est

d'une très grande voracité, la portion de l'hôpital ne lui suffit pas : elle affirme que les douleurs sont beaucoup plus atroces, beaucoup plus persévérantes lorsqu'elles la surprennent l'estomac vide, que lorsqu'elles arrivent pendant la réplétion de cet organe : d'une autre part, les vomissemens qu'elle provoque à l'aide de la titillation de la luette, la soulagent à-peu-près constamment lorsque ces vomissemens ne se font pas à vide.

Si on demande à la malade quel est le caractère de ses douleurs, elle répond qu'il lui semble que c'est un animal qui la ronge. De temps à autre, hématémèse considérable qui amène un grand soulagement.

Voici du reste les commémoratifs : la maladie date de 1814, et paraît avoir été provoquée par la frayeur que causa à cette femme l'invasion de son village par les armées coalisées. Elle débuta par une hématémèse considérable qui dura pendant cinq jours : la malade avait alors trente-deux ans. Depuis cette époque, Lanier a été sujette à une hématémèse périodique qui remplaçait les règles lorsque celles-ci venaient à manquer, ce qui arrivait assez souvent. Du reste, cette hématémèse n'était accompagnée d'aucune douleur et n'empêchait pas la malade de se livrer aux travaux de la campagne. Elle dit aussi avoir rendu par l'anus à plusieurs reprises des espèces de tubes membraneux.

Les coliques n'ont commencé à se faire sentir qu'en 1830. En même temps les vomissemens noirs se sont rapprochés, la malade n'a d'ailleurs jamais suivi aucun régime.

Je diagnostiquai *un ulcère chronique simple non cancéreux* de l'estomac, et je me fondais sur le caractère des douleurs, sur l'absence de tumeur, sur la faim, et surtout sur la marche de la maladie; je prescrivis vainement un régime, et en particulier la diète lactée : l'instinct de la malade l'emporta sur tous mes conseils, et sa voracité fut toujours la même. Je cherche à calmer les douleurs par les opiacées pris par la bouche ou en lavemens, par la glace appliquée sur l'épigastre ou prise intérieurement, quelques prises de magnésie décarbonatée, d'oxide blanc de bismuth, etc.; le soulagement est nul ou éphémère. Quelquefois la malade passe plusieurs jours sans souffrir; mais le plus habituellement, les douleurs commencent le soir sur les dix heures, et ne diminuent que dans la matinée. Elles cessent à-peu-près complètement vers le milieu du jour. La malade est maigre, sans marasme, le teint est pâle, sans coloration jaune.

Le 8 juillet 1834, des douleurs plus vives que de coutume se déclarent tout-à-coup, elles sont accompagnées de vomissemens noirs d'abord, puis jaunes et d'une odeur fétide. Selles abondantes de même nature et surtout extrêmement fétides. L'abdomen est très tendu, très ballonné; la décomposition de la face, l'état syncopal, la petitesse du pouls annoncent une perforation de l'estomac. Mort au bout de 12 heures.

Ouverture du cadavre 30 heures après la mort.—Cadavre entièrement emphysémateux, bien qu'il ne présente aucune trace de putréfaction. On m'a assuré que l'emphysème avait précédé la mort de quelques heures. Abdomen tympanisé, des gaz s'échappent avec bruit d'une ouverture pratiquée aux parois de cette cavité. Grande quantité de matières alimentaires en digestion, et surtout de lentilles, dans la cavité du péritoine : une partie de ces alimens occupe le petit bassin. Point de traces de fausses membranes, mais injection de la surface des intestins grèles. Les vaisseaux lactés sont remplis de chyle.

L'estomac a acquis un développement très considérable : il occupe les deux hypochondres, l'épigastre, et descend jusqu'à l'ombilic. Il est en même temps changé de forme; le pylore ne se trouve pas à l'une des extrémités de l'estomac, mais bien à sa partie moyenne; à droite de cet orifice existe un estomac nouveau, plus volumineux que la partie de cet organe, qui est située à gauche du pylore.

Une perforation P, qui n'avait qu'une ligne et demie de diamètre occupe sa face antérieure. C'est par cette ouverture qu'a eu lieu l'épanchement dans l'abdomen : les bords en sont minces et fragiles.

L'estomac ouvert (Pl. VI, fig. 1) a présenté un *ulcère cicatrisé de l'estomac.* Cette cicatrice qui est semi-elliptique, ou plutôt qui a la forme de l'auricule humaine, occupe le voisinage du pylore. Son plus grand diamètre qui coupe perpendiculairement le grand axe de l'estomac, est de trois pouces; son plus petit diamètre est d'un pouce. La cicatrice UC, UC est fibreuse, blanche, lisse, et ne présente aucun des caractères du tissu muqueux : de l'extrémité supérieure de cette perte de substance part une cicatrice linéaire à l'extrémité de laquelle a eu lieu la perforation. La cicatrice UC est limitée en arrière par une rigole assez profonde, en haut et en bas par un bord coupé à pic. La muqueuse du pylore a été respectée.

La moitié droite du pylore présente une disposition fort remarquable, c'est une bride B qui ne tient aux

parois de l'estomac que par ses deux extrémités; cette bride, en manière de pont, semble concourir à la formation de deux orifices pyloriques : 1° d'un orifice pylorique ordinaire qui appartient à la partie de l'estomac située à gauche du pylore ; 2° d'un orifice pylorique nouveau qui appartient à la portion d'estomac qui est à droite de ce même pylore. Cette bride contient dans son épaisseur un gros faisceau de fibres musculaires. Je l'ai considérée comme constituée par la moitié droite de l'anneau pylorique, laquelle aurait été détachée par l'ulcération qui l'aurait minée en sous-œuvre.

Comment expliquer la formation du second estomac placé à droite du pylore et dont la capacité est si considérable? L'obstacle apporté au passage des alimens par le pylore ne suffit pas pour expliquer sa formation, car tous les jours nous voyons des rétrécissemens considérables du pylore, sans qu'il y ait vestige de cette disposition : le travail des cicatrisations de l'ulcère ou plutôt le retrait qu'a subi l'estomac par le rapprochement des bords de la perte de substance, retrait dont l'étendue peut être appréciée ici par le rapprochement du cardia et du pylore, voilà à mon avis la cause de ce grand développement. Qu'on se rappelle qu'il existe à droite, à côté du pylore, un petit cul-de-sac de l'estomac appelé par les anciens, *antre du pylore;* ce petit cul-de-sac qui est antérieur dans l'état ordinaire, doit se porter tout-à-fait à droite lorsque le pylore se rapproche du cardia : et le développement qu'il acquiert alors dans ce sens, c'est-à-dire à droite, n'a d'autres limites que celles des causes de distension auxquelles il est soumis. Aura-t-on recours pour expliquer l'existence du lobe droit de l'estomac à un vice de conformation? mais cette hypothèse se trouve réfutée par le fait qu'on va lire, et qui nous offrira un estomac tout-à-fait semblable à celui représenté fig. 1.

Ce second estomac nous rend compte de la grande voracité de la malade et de la grande quantité d'alimens qu'elle pouvait introduire dans son estomac : la difficulté qu'éprouvaient les alimens à traverser le pylore peut jusqu'à un certain point, rendre raison des coliques violentes auxquelles cette femme était sujette.

Je ferai remarquer l'épaisseur considérable du fond de ce second estomac, qui est due à l'hypertrophie de la membrane musculaire, et qui atteste l'obstacle qu'apportait le pylore au passage des alimens.

Cette observation est remarquable en ce qu'elle établit que des hématémèses répétées, lors même qu'elles sont supplémentaires de l'évacuation menstruelle, peuvent entraîner une ulcération chronique de l'estomac.

Les autres organes étaient parfaitement sains.

Fig. 2, planche vi. Par une de ces coïncidences fortuites qu'on observe quelquefois dans la pratique, à la même époque où succomba à la Salpêtrière le sujet de l'observation précédente, mourut à Bicêtre par suite d'hématémèse, un homme sur lequel je n'ai d'ailleurs aucun renseignement.

L'estomac de cet individu, représenté (fig. 2, pl. vi), offre la plus frappante analogie avec l'estomac représenté fig. 1. L'ulcère cicatrisé occupe absolument le même siège : seulement ses dimensions sont plus considérables (3 pouces 4 lignes sur 2 pouces 9 lignes), sa surface est également lisse, fibreuse, la rainure de circonscription très profonde; AO est l'ouverture vasculaire qui a donné lieu à une hémorrhagie ; on voit également à droite du pylore une bride B qui est formée par un faisceau musculaire recouvert par une membrane d'apparence muqueuse. L'ulcère s'était prolongé sur la partie supérieure de cette bride : il avait également envahi la moitié gastrite du repli muqueux que présente la valvule pylorique.

A droite du pylore se voyait également un second estomac, mais moins volumineux que celui représenté fig. 1. Les alimens contenues dans cette moitié droite, devait passer sous le pont formée par la bride pour pénétrer dans le duodénum.

Dans les deux cas, le foie et le pancréas avaient remplacé la portion d'estomac détruite par l'ulcération.

MALADIES DE L'ESTOMAC (CANCERS).

(PLANCHES III ET IV, X^{e} LIVRAISON.)

Considérations sur le cancer aréolaire gélatiniforme en général, et sur celui de l'estomac en particulier.

I. Le *cancer aréolaire gélatiniforme* est une des espèces les plus remarquables de la maladie cancéreuse; elle est essentiellement constituée, comme son nom l'indique, par la transformation du tissu affecté en une trame aréolaire fibreuse que remplit une sorte de gelée transparente. Lorsque l'altération est à son plus haut degré, toute espèce d'organisation a disparu; on ne découvre plus de traces de vaisseaux, et tous les tissus, quelque hétérogènes qu'ils soient, semblent ramenés à un type morbide uniforme.

II. Toutefois le cancer aréolaire gélatiniforme ne fait pas exception à la loi générale que nous avons eu si souvent occasion de développer, savoir, que toutes les transformations et dégénérations organiques sont exclusivement le résultat d'un dépôt successif de produits morbides dans l'élément celluleux des organes; que cet élément celluleux ou résistant, qui forme la charpente de tous les tissus, est le seul qui soit envahi; que les tissus propres sont incapables par eux-mêmes de lésion organique, si vous en exceptez l'hypertrophie et l'atrophie; que d'abord hypertrophiés par l'irritation qui les avoisine, ces tissus propres finissent par disparaître, atrophiés qu'ils sont par la compression.

III. A ces caractères anatomiques du cancer aréolaire gélatiniforme, je dois ajouter comme caractères cliniques, que de toutes les espèces de cancer, c'est celle dont les symptômes locaux sont les plus obscurs: aussi se réduisent-ils purement et simplement à une gêne mécanique dans l'exercice des fonctions, et le volume énorme qu'ils sont susceptibles d'acquérir rend singulièrement fréquens ces obstacles mécaniques. C'est encore l'espèce qui s'accompagne des symptômes de réaction générale les moins prononcés, celle qui imprime le plus lentement à l'économie cette altération profonde connue sous le nom de cachexie cancéreuse. Si, d'une part, son extension est rapide et en quelque sorte illimitée par continuité de tissu, d'une autre part, il est rare qu'elle se manifeste successivement ou simultanément sur un grand nombre de points. Enfin, de toutes les espèces de la maladie cancéreuse, c'est celle qui exclut le plus l'idée d'une inflammation actuelle ou antérieure.

IV. Le cancer aréolaire gélatiniforme se présente sous deux formes bien distinctes: 1° sous celle de tubercules disséminés dont le volume varie depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'un œuf de dinde, et même davantage; 2° sous celle de transformation des organes eux-mêmes en une masse aréolaire et gélatiniforme. Dans ce dernier cas, l'organe conserve ses formes, mais singulièrement exagérées en épaisseur. La forme ulcéreuse, si fréquente dans les autres espèces de cancer, ne s'observe point ici; car on ne peut pas appeler ulcère une destruction successive, couche par couche, sans manifestation aucune de vitalité dans la couche qui avoisine la destruction.

V. La dégénération aréolaire gélatiniforme est la forme la plus fréquente que revête le cancer des os ou ostéosarcome, *spina ventosa;* je l'ai rencontrée à la fin du rectum, à l'utérus, dans l'ovaire, dans le cœcum, dans l'intestin grêle; mais nulle part elle ne m'a paru aussi fréquente que dans l'estomac, par la raison peut-être que l'estomac est de tous les organes celui qui est le plus souvent affecté de cancer.

VI. Comme les autres espèces, le cancer aréolaire gélatiniforme affecte pour la région du pylore une prédilection funeste; mais un de ses caractères est de ne jamais borner ses ravages

à l'anneau pylorique lui-même, et de s'étendre le long des parois et des bords de l'estomac dont il envahit le tiers, la moitié, les deux tiers et quelquefois même la totalité. Il n'est pas rare de voir l'altération exactement circonscrite par un plan vertical qui passerait à droite de l'œsophage, ce qui s'explique par la différence qui existe entre la muqueuse de la grosse extrémité et la muqueuse du reste de l'estomac. Après la région du pylore, c'est à la petite courbure que j'ai le plus souvent observé le cancer gélatiniforme, et de là comme d'un centre il s'étendait, d'une part, au petit épiploon, d'une autre part, le long des parois antérieure et postérieure de l'estomac pour finir comme en mourant au voisinage de la grande courbure. Cette grande courbure, la grosse tubérosité, l'orifice cardiaque, voilà les parties qui sont les moins exposées à la dégénération. Enfin il n'est pas fort rare de voir l'estomac affecté dans toute son étendue. Un bon nombre d'estomacs entièrement cancéreux que j'ai eu occasion de rencontrer appartenaient à l'espèce que je décris.

VII. Il arrive souvent qu'en même temps que l'estomac, l'un et l'autre épiploons sont envahis par le cancer aréolaire. Or, cette altération des épiploons se manifeste sous les deux formes que j'ai indiquées. Tantôt ce sont des granulations, des tubercules fortement pressés les uns contre les autres ou bien disséminés; tantôt la matière gélatiniforme est uniformément infiltrée dans l'épaisseur de l'épiploon qui acquiert quelquefois un, deux, trois, quatre pouces d'épaisseur, en même temps qu'il se réduit à une espèce de zône de quelques travers de doigt de largeur. Tant que la maladie est bornée à l'estomac, il est rare que l'hydropisie survienne; mais l'épiploon, et surtout le grand épiploon, sont-ils envahis, l'hydropisie devient générale.

VIII. Du reste, le cancer aréolaire gélatiniforme ne donne des signes de son existence que lorsqu'il gêne mécaniquement le cours des matières alimentaires, et on est quelquefois tout étonné, à l'ouverture des cadavres d'individus morts des suites de cette lésion, de voir que ces individus aient pu digérer et vivre avec un tiers, un quart de la muqueuse gastrique, et même quelquefois sans muqueuse gastrique. Il suit de là que lorsque l'exploration de l'épigastre ne donne pas la preuve matérielle de l'existence d'une lésion organique de l'estomac, le diagnostic offre d'énormes difficultés.

IX. L'analyse anatomique d'un grand nombre d'estomacs affectés de cancer gélatiniforme m'a donné les résultats suivans :

1°. Le développement quelquefois prodigieux des parois de l'estomac se fait en grande partie aux dépens de la cavité de ce viscère qui se rétrécit d'une manière proportionnelle. C'est ainsi que sur un estomac que je présentai à une leçon du 13 novembre 1827, l'estomac dégénéré dans ses deux tiers droits avait trois pouces d'épaisseur le long de sa petite courbure et deux pouces le long de la grande; et comme l'épaisseur des parois allait en augmentant de la grosse vers la petite extrémité de l'estomac, la cavité infundibuliforme de ce viscère avait à peine la capacité d'un intestin grêle au voisinage du pylore. Du reste, l'estomac ne présentait pas de changement notable dans sa forme générale, et les produits morbides s'étant déposés successivement dans l'espèce de trame celluleuse qui en forme la charpente, son développement avait lieu d'une manière régulière.

2°. Examiné à sa surface externe, l'estomac dégénéré est, dans un degré avancé de la maladie, couvert d'aspérités ou bosselures transparentes, inégales pour le volume, qui soulèvent la membrane séreuse. Cependant il n'est pas rare de voir, comme dans la figure 3 (pl. 3), ces granulations affecter une disposition rameuse, noueuse, qui atteste qu'elles ont leur siége dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques. Ce n'est pas la première fois d'ailleurs que l'on voit les vaisseaux lymphatiques participer soit à l'inflammation soit aux diverses dégénérations tuberculeuses, encéphaloïdes, des tissus correspondans.

3°. Examiné à sa surface interne, l'estomac dégénéré présente une altération tantôt exactement circonscrite, à bords proéminens et renversés, tantôt non circonscrite et se terminant d'une manière insensible. Cette altération consiste dans des végétations molles, fongueuses, ou plutôt spongieuses, de volume très-variable, demi-transparentes et qui, examinées avec attention, présentent des aréoles infiltrées de matière gélatiniforme. Aux limites de l'altération, ces

végétations sont entières; mais, à mesure qu'on s'approche du centre de l'altération, on voit qu'elles sont comme tronquées à leur sommet; plus loin elles ont entièrement disparu. Ces végétations ne sont autre chose que les papilles muqueuses prodigieusement développées.

4°. A un degré plus avancé, non-seulement les végétations sont détruites, mais encore la couche qui les soutient et successivement toutes les couches qui constituent la tumeur s'usent de dedans en dehors (voy. pl. 4, fig. 1 et 2). Or, cette destruction se fait sans changement de couleur, sans injection vasculaire, sans travail de réaction quelconque : on dirait un corps inorganique qui s'use par le frottement.

5°. Il est facile de déterminer par des coupes faites dans divers points de l'estomac dégénéré et dans divers sens, le rôle que jouent les diverses tuniques de ce viscère dans la dégénération. La membrane muqueuse et la membrane fibreuse qui la soutient sont le siége primitif de la lésion. L'altération de la membrane fibreuse m'a toujours paru précéder celle de la muqueuse; c'est ce qu'on voit très-bien aux limites de la maladie qui offre tous les caractères de l'altération commençante : à cette première période, la tunique musculeuse fasciculée, comme les muscles du squelette, s'hypertrophie et quelquefois à un degré prodigieux, car je l'ai vue présenter sept à huit lignes d'épaisseur. On peut encore la séparer aisément des tuniques dégénérées; plus tard, elle deviendra adhérente, et sa couche la plus profonde formera çà et là des espèces de brides qui opposent au développement de la maladie du dedans au dehors un obstacle plus ou moins considérable. De là la forme bosselée que présente parfois l'estomac dégénéré. Bientôt l'altération s'étend le long des brides fibreuses qui traversent les faisceaux musculaires; alors ces faisceaux, pressés dans tous les sens, s'atrophient, disparaissent même complètement, et les parois de l'estomac sont converties en un tissu aréolaire parfaitement représenté pl. 4, fig. 1, dans lequel on ne reconnaît aucun de ses élémens constitutifs. Quelquefois la dégénération aréolaire et gélatiniforme ne se propage point par continuité du tissu des tuniques internes à la tunique musculeuse; mais elle naît au sein même de la tunique musculeuse hypertrophiée, en sorte qu'il y a dans l'estomac comme deux centres de dégénération (fig. 1, pl. 3), lesquels, d'abord indépendans l'un de l'autre et bien distincts, ne tardent pas à se confondre.

X. Pour compléter la description de cette dégénération, il faudrait déterminer ce que deviennent les nerfs et les vaisseaux des organes ainsi transformés; je saisirai la première occasion qui se présentera de remplir cette lacune. Toujours est-il que l'anatomie pathologique du cancer aréolaire et gélatiniforme ne fournit aucune espèce de donnée relative aux causes et à la thérapeutique de cette singulière altération. L'irritation n'est évidemment qu'un élément dans l'histoire des cancers; de même que les moyens thérapeutiques propres à combattre l'irritation ne sont qu'un élément dans l'histoire du traitement.

Cancer aréolaire gélatiniforme du tiers pylorique de l'estomac (*).

Une femme, âgée de quarante-sept ans, éprouvait depuis deux ans, époque de la cessation de ses règles, des digestions pénibles, avec éructations et même quelquefois avec vomissemens. A son entrée à l'hôpital Cochin, le 1er juillet 1830, treize jours avant sa mort, la malade était dans un état voisin du marasme, sa face était jaunâtre; elle vomissait tout ce qu'elle prenait. En palpant l'abdomen, on reconnaissait à droite de la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure qui paraissait superficielle, vu la maigreur du sujet, et qui se prolongeait jusqu'à l'épigastre, où elle cessait brusquement. Les vomissemens résistèrent à tous les moyens imaginables, et la malade succomba le treize juillet.

A l'ouverture du cadavre, on trouva tous les organes sains, excepté l'estomac, qui était le siége de la tumeur reconnue pendant la vie.

(*) Observation et pièce pathologique communiquées à la Société anatomique par M. Plainchamp, l'un de ses membres (service de M. Jadioux, médecin de l'hôpital Cochin).

La figure 2 représente la surface externe de l'estomac. Son tiers pylorique est couvert de granulations, parmi lesquelles un certain nombre présente une disposition régulière, rameuse et noueuse, à la manière des vaisseaux lymphatiques. Peut-on méconnaître un de ces vaisseaux VL, VL, VL, le long de la grande courbure de l'estomac GC? Il paraît donc démontré que la matière du cancer aréolaire peut se rencontrer dans les vaisseaux lymphatiques, comme d'ailleurs la matière encéphaloïde, tuberculeuse et le pus phlegmoneux. Devons-nous conclure que ces diverses matières sont absorbées par les vaisseaux, etc.? Non, sans doute; car il n'est pas impossible qu'elles soient formées dans l'intérieur même de ces vaisseaux?

La fig. 1 représente l'estomac ouvert. La dégénération est beaucoup plus étendue que ne semble l'indiquer l'inspection de la face externe. Le pylore OP n'établissait pas la limite d'une manière rigoureuse, et l'altération se prolongeait sur la membrane muqueuse duodénale dans l'espace de quelques lignes. Du reste, la surface interne est hérissée de végétations irrégulières, dont quelques-unes V sont beaucoup plus proéminentes. L'examen de cette surface interne sous l'eau et à l'aide d'une forte loupe fait reconnaître que ces végétations sont les unes intactes, les autres tronquées, et toutes d'une texture aréolaire. La coupe de l'estomac permet d'étudier la part que prennent les diverses tuniques à la dégénération. On voit sur cette coupe faite le long de la petite courbure deux couches bien distinctes unies entre elles par un tissu cellulaire assez lâche qui permettait une séparation facile. Or, la couche interne MM, MM, est formée par les membranes muqueuse et fibreuse réunies; la couche externe MP, MP, est formée par les membranes musculaire et péritonéale. Toutes deux représentent une trame aréolaire dans les mailles de laquelle est déposée une matière gélatiniforme. Les fibres musculaires ont disparu, à peine quelques lignes pâles en indiquent-elles des vestiges. Au milieu de la trame aréolaire en laquelle était convertie la tunique musculaire se voient quelques concrétions ossiformes arrondies. Ces deux couches présentent une teinte un peu différente : l'interne est plus transparente; l'externe a un peu plus d'opacité et une teinte blanchâtre. Du reste, les deux couches n'étaient pas distinctes dans toute leur étendue. La coupe CMM les montre confondues et homogènes.

Le pylore était rétréci, mais non pas obstrué, malgré l'épaississement énorme de l'orifice pylorique OP. J'ai déjà fait remarquer qu'un des caractères anatomiques les plus importans du cancer aréolaire, c'est le défaut d'oblitération complète des orifices; ce qui tient sans doute à ce que l'augmentation de volume a lieu dans le sens de la circonférence aussi-bien que dans le sens de l'épaisseur. Aussi la présence d'une tumeur à la région épigastrique et un dépérissement progressif ont-ils été les seuls symptômes de la maladie.

L'observation suivante me paraît un des types du cancer latent de l'estomac et du cancer gélatiniforme en particulier.

Cancer gélatiniforme du pylore et du quart droit de l'estomac méconnu pendant la vie. Hydropisie générale. Mort par suffocation.

M. A., ingénieur en chef, âgé de soixante-huit ans, d'un teint habituellement jaunâtre; faible et irritable; d'une activité au-dessus de son âge et de ses forces, me consulta pour une infiltration des extrémités inférieures survenue à la suite de longues courses à cheval : cette infiltration me parut tenir à un affaiblissement général. Je conseillai le repos et une alimentation substantielle; il y eut diminution notable dans l'œdème; mais, à la suite de nouvelles fatigues et de peines morales cruelles, l'œdème reparaît, les forces diminuent; amaigrissement notable; dévoiement; mouvement fébrile, et cependant l'appétit se soutient. Je diminuai d'abord, puis je supprimai les alimens. L'infiltration va toujours croissant, l'abdomen devient volumineux, la respiration plus courte; le mouvement fébrile persiste; le dévoiement reparaît après avoir cédé à l'usage de la thériaque. Au milieu de cet ensemble de symptômes alarmans, le malade jouit d'un sommeil parfait et conserve sa gaieté et son activité intellectuelle, discute volontiers

des affaires; il n'a aucune inquiétude sur son état, n'éprouve aucune douleur, accuse seulement un sentiment de faiblesse qui bientôt devient tel, qu'il est condamné à rester continuellement au lit. L'appétit se maintient, et le malade est obligé d'user de toute sa raison pour observer la diète rigoureuse que je lui ai prescrite.

Je me torturais l'esprit pour découvrir le point de départ de tous ces symptômes. J'explorai vainement le cœur et les gros vaisseaux, les poumons et les diverses régions de l'abdomen; je fus conduit, par le calcul des probabilités que je fis à cet égard, à accuser une maladie chronique du foie. Que faire? le régime, la médecine du symptôme sont évidemment les seuls moyens indiqués. Depuis long-temps j'ai renoncé à cette méthode empirique qui, dans l'ignorance absolue et du siége de la maladie et de sa nature, administre à tort et à travers une série de remèdes actifs. *Primò non nocere, secundò prodesse :* telle sera toujours ma devise. Ainsi un vésicatoire au bras, des diurétiques doux, des frictions avec la teinture de kinkina, de scille et de digitale, des potions opiacées pour triompher du dévoiement; voilà les seuls moyens que j'ai mis en usage. J'y ajoutai quelques grains d'extrait résineux de kinkina, dont l'usage ne fut continué que quelques jours.

Mais la lésion organique, quelle qu'elle soit, marche avec rapidité. Le pouls redouble de fréquence; il devient petit, misérable. Les extrémités supérieures s'infiltrent, et néanmoins appétit excellent; gaieté, sommeil, espérance d'une guérison prochaine; le jour de sa mort, le malade se croyait à merveille, avait une présence d'esprit admirable, faisait la causette avec les amis qui venaient le voir; il me demanda dans son langage arithmétique s'il y avait dans son état un centième de mieux que la veille. Il imagina une mécanique pour faire passer plus commodément le bassin sous lui; mais l'oppression considérable, l'état misérable du pouls m'annonçaient une fin prochaine; et en effet il mourut en parlant, deux heures après ma visite.

Ouverture du cadavre. — *Thorax.* Les deux plèvres étaient remplies d'une très-grande quantité de sérosité limpide. Les poumons, refoulés contre le médiastin et vers la partie supérieure du thorax, étaient tellement petits, qu'on a peine à concevoir comment ils ont pu suffire à la respiration. Sang noir et non coagulé dans les cavités gauches comme dans les cavités droites du cœur, dans les artères comme dans les veines; en un mot, tous les caractères de la mort par asphyxie.

Abdomen. Deux ou trois pintes de sérosité dans le bassin et dans la région lombaire; foie sain. Estomac volumineux; son extrémité pylorique indurée adhérait intimement à la vésicule du fiel et à l'arc du colon, lesquels ne participaient nullement à la dégénération. L'estomac ouvert, je vis que l'altération occupait le quart pylorique de ce viscère; des proéminences irrégulières rétrécissaient singulièrement la cavité de l'estomac; néanmoins le pylore permettait encore le passage du petit doigt. L'altération consistait dans une dégénération aréolaire gélatiniforme qui, occupant toute l'épaisseur de l'estomac au pylore, la membrane séreuse exceptée, allait se concentrant sur les membranes fibreuse et muqueuse à mesure qu'on s'éloignait de l'extrémité pylorique.

La veine porte était fortement comprimée par la tumeur. Les autres organes ne présentaient rien de particulier. Les intestins grêle et gros étaient parfaitement sains.

Réflexions. — Un cancer du pylore existait, et cependant appétit, sommeil, gaieté portée jusqu'à l'enjouement; pour tout symptôme morbide, infiltration, hydropisie, mouvement fébrile, sentiment de faiblesse. Peut-être, par une exploration plus attentive, aurais-je pu découvrir la tumeur; j'ai cependant la certitude d'avoir exploré l'abdomen avec soin, car je soupçonnais une maladie du foie. On conçoit pourquoi, le pylore étant encore libre, les symptômes ordinaires de la rétention des matières alimentaires ont manqué. Mais pourquoi ce malade a-t-il succombé hydropique, tandis que la plupart des malades affectés de cancer au pylore meurent dans le marasme le plus complet, et pour ainsi dire desséchés? Je ne saurais l'attribuer à aucune autre cause qu'à la compression de la veine porte et des vaisseaux lymphatiques du foie. Il est d'ailleurs évident que le malade a succombé à l'épanchement dans les plèvres, et nullement aux progrès de la maladie cancéreuse.

L'étude de la fig. 1 (planche 4), qui a été dessinée avec un soin tout particulier, fournit un exemple de cancer aréolaire gélatiniforme à un degré plus avancé que celui représenté planche 3. Malheureusement je n'ai pu me procurer aucun renseignement. Le cancer avait envahi la moitié droite ou pylorique de l'estomac. L'altération est uniforme, et il est impossible de démêler au milieu de cette masse homogène ce qui appartient à chaque tunique en particulier. Les aréoles sont fort irrégulières; leurs parois fibreuses; la matière contenue transparente s'échappe à travers les ouvertures faites aux loges ou cellules, mais ne s'écoule pas. Déjà les couches les plus internes ont été usées. Nous ne trouvons pas vestige de membrane muqueuse. Il est facile de reconnaître quelques traces de la membrane musculeuse dans des faisceaux circulaires blanchâtres qui se croisent à angle aigu. Du reste, l'altération est exactement circonscrite.

La petite fig. 3 est la coupe d'un autre estomac qui avait également subi la transformation aréolaire gélatiniforme : des masses fibreuses traversent la tumeur et envoient des prolongemens secondaires qui la séparent en masses moins considérables; ces masses elles-mêmes sont divisées en aréoles plus petites par des prolongemens fibreux plus déliés qui les traversent.

L'estomac représenté fig. 2 (planche 4) a appartenu à une vieille femme morte à la Salpêtrière, dans un état de marasme dont la cause fut impossible à découvrir. Pendant les deux derniers mois de sa vie, elle resta constamment couchée, la tête sous sa couverture. Sa mauvaise humeur était telle, que, lorsqu'on s'approchait d'elle pour s'informer de son état, elle priait de la laisser tranquille. Si on insistait, elle se répandait en injures, et ne se prêtait d'ailleurs à aucune exploration. Elle s'éteignit. A l'ouverture, on trouva tous les organes sains, hormis l'estomac qui présenta les particularités suivantes :

L'estomac (fig. 2) est en quelque sorte racorni, tant ses dimensions sont peu considérables; il a subi la dégénération dans toute son étendue; mais ses orifices sont parfaitement libres. Ses parois sont denses, restent écartées et ne s'affaissent pas. Sa surface est dépourvue de membrane muqueuse, excepté au voisinage de l'orifice pylorique OP. Des plaques rouges annoncent un reste de réaction vitale. La coupe montre l'hypertrophie de la membrane musculaire très-reconnaissable du côté du pylore, et qui partout ailleurs était infiltrée d'une matière gélatiniforme, un peu moins transparente que dans les figures précédentes. Le grand et le petit épiploons GE, PE sont infiltrés de granulations aréolaires gélatiniformes.

La rate R atrophiée était accolée à la grosse extrémité de l'estomac.

Réflexions. — Ainsi on peut vivre pendant quelque temps sans membrane muqueuse de l'estomac; la digestion gastrique n'est donc pas absolument indispensable pour l'accomplissement des phénomènes digestifs. L'état de morosité, de mauvaise humeur continuelle, s'explique suffisamment par le malaise épigastrique. Cette morosité, je l'ai constamment remarquée dans les cas rares où l'estomac est complètement envahi : la moitié œsophagienne de l'estomac, son grand cul-de-sac sont-ils respectés, le sentiment de malaise intérieur est moins considérable, la digestion gastrique s'accomplit au moins en partie, la morosité est moindre; l'obstruction du pylore elle-même n'imprime de mélancolie profonde que dans le cas où le cours des matières est complètement intercepté; et la gaieté reparaît avec l'espérance, lorsque l'obstacle au passage des alimens est momentanément levé. Mais le désespoir du malade n'est jamais plus considérable et surtout plus permanent que lorsque la maladie cancéreuse affecte le cardia; il fut porté jusqu'au suicide dans un cas que j'ai eu occasion d'observer.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Rétrécissement du pylore. Cancers.

(XII^e LIVRAISON, PLANCHE VI.)

Hypertrophie de l'extrémité pylorique de l'estomac avec commencement de cancer aréolaire gélatiniforme.

(FIGURE I.)

La fig. 1 appartient à un individu qui avait éprouvé pendant les derniers temps de sa vie tous les symptômes, non d'une diathèse cancéreuse, mais d'un rétrécissement considérable du pylore : ces symptômes se résument dans des vomissemens abondans qui suivaient plus ou moins immédiatement l'ingestion des alimens, et dans un dépérissement graduel qui, dans les derniers temps de la vie, fut porté au plus haut degré.

Le rétrécissement occupait l'extrémité pylorique P de l'estomac. Il n'était pas limité au cercle pylorique, mais il formait un cylindre d'un pouce de long, espèce de filière, à travers laquelle le petit doigt ne pouvait pas être introduit, même en usant de violence. Une plume à écrire de moyen calibre donne la mesure assez exacte de ses dimensions. L'épaississement était d'ailleurs uniforme dans tous les points de la circonférence du pylore. Il était de 5 lignes.

Je me suis attaché à bien analyser l'altération organique qui peut être définie une *hypertrophie du pylore avec commencement de dégénération gélatiniforme*. Deux membranes étaient saines, savoir la muqueuse et la péritonéale : deux membranes étaient altérées, savoir la musculeuse et la fibreuse.

La tunique musculeuse T M est considérablement hypertrophiée. Elle forme à elle seule la moitié de l'épaisseur du pylore.

La tunique fibreuse TF, qui est intermédiaire à la muqueuse et à la musculeuse, présente une épaisseur considérable ; en outre dans les mailles fibreuses qui la constituent commence à s'épancher une matière gélatiniforme. La même altération s'observe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Réflexions. — Il suit de là que l'altération du pylore que je viens d'analyser présentait, indépendamment de l'hypertrophie du pylore, le cancer aréolaire gélatiniforme, à son début, et que cette dégénération siégeait dans la tunique fibreuse de l'estomac. Il est infiniment probable que si le malade avait pu échapper aux conséquences du rétrécissement du pylore, la tunique musculeuse d'abord, puis la muqueuse auraient été successivement envahies, et qu'enfin toutes les couches de tissu cellulaire qui séparent les diverses tuniques auraient subi la même altération aréolaire et gélatiniforme. D'après ma manière de voir, la fibre musculaire proprement dite ne se serait point transformée, mais l'altération se serait propagée le long des prolongemens celluloso-fibreux qui séparent les faisceaux musculaires, lesquels auraient été atrophiés par la compression. Ici, comme dans d'autres cas, l'atrophie aurait donc succédé à l'hypertrophie.

On conçoit d'ailleurs qu'un pareil rétrécissement s'opposant au passage des alimens et même de la plus grande quantité des boissons, l'estomac doive éprouver une dilatation considérable.

Plusieurs faits m'autorisent à admettre que l'hypertrophie pure et simple de l'anneau musculaire du pylore peut, chez les vieillards, déterminer tous les symptômes locaux et fonctionnels d'un rétrécissement du pylore. Il est assez fréquent de voir cette hypertrophie siéger essentiellement dans la tunique fibreuse, et alors l'interception du cours des matières est bien plus complet que dans le cas d'hypertrophie pure et simple de la membrane musculeuse. Cette hypertrophie de la membrane fibreuse se lie d'ailleurs toujours à une hypertrophie de la muqueuse et de la musculeuse. Chez une femme de 72 ans environ, morte par suite de vomissemens continuels survenus seulement dans les dernières semaines de la vie, l'extrémité pylorique de l'estomac présentait un épaississement considérable qui occupait non-seulement le pylore mais encore la partie adjacente de l'estomac dans une hauteur de 18 lignes. L'analyse de cette altération m'a présenté : 1° le péritoine sain ; 2° le tissu cellulaire

sous-péritonéal et la membrane musculeuse hypertrophiés; 3° le siége principal de l'hypertrophie était dans la membrane fibreuse qui avait deux fois plus d'épaisseur que la membrane musculeuse, c'est-à-dire 5 lignes environ, qui offrait une densité extrême, dont la coupe présentait un aspect lobuleux absolument comme celle d'un corps fibreux de l'utérus. La membrane muqueuse très adhérente à la membrane fibreuse, était couverte de villosités très prononcées. Cet état de la membrane muqueuse m'a paru constituer une simple hypertrophie. Il est donc constant qu'un grand nombre de prétendus cancers du pylore ne sont autre chose qu'une hypertrophie de cette région.

Sous le rapport de la capacité de l'estomac, les rétrécissemens du pylore se divisent en deux classes; dans les uns, il y a dilatation énorme de l'estomac; dans les autres, il y a rétrécissement plus ou moins considérable de cet organe. Cette différence trouve son explication toute naturelle dans les symptômes observés pendant la vie des malades. Le vomissement, effet nécessaire d'un obstacle mécanique au cours des matières, a lieu dans l'un et l'autre cas; mais dans le cas où on trouve l'estomac rétréci, le vomissement survenait immédiatement ou peu de temps après l'ingestion des alimens, et il était en rapport avec la quantité d'alimens ingérés; dans le cas où l'on trouve l'estomac dilaté, le vomissement ne se manifestait que tous les trois ou quatre jours, tous les huit jours, et il était en quantité considérable. La raison de cette différence remarquable dans la manière dont les vomissemens ont lieu, se trouve, moins dans des différences de lésions organiques que dans la susceptibilité individuelle. Plusieurs faits m'autorisent à penser que les rétrécissemens du pylore qui ne sont pas accompagnés de lésions organiques de la muqueuse gastrique, permettent impunément le séjour long-temps continué des substances alimentaires et par conséquent la dilatation de l'estomac; tandis que le vomissement aurait lieu peu de temps après l'ingestion des alimens dans le cas de rétrécissement du pylore avec altération de la muqueuse. Au reste, quelle que soit la cause de l'obstacle au cours des matières, que ce soit une tumeur extérieure qui comprime le pylore, une hypertrophie considérable de la membrane fibreuse, de la membrane musculeuse, ou un cancer, les effets sont les mêmes, et la mort a lieu par défaut de nutrition. J'ai cité ailleurs un cas où le rétrécissement fut le résultat de la cicatrice d'un ulcère circulaire qui occupait le pylore. M. Reignier, interne de la Charité, a présenté à la Société anatomique un cas où l'estomac avait acquis un volume énorme avec hypertrophie considérable de ses parois. Il n'y avait aucune lésion au pylore, mais dans la partie du duodénum qui lui fait suite se voyait une cicatrice fibreuse qui avait tellement rétréci l'intestin qu'il pouvait à peine admettre une plume à écrire. Cet individu vomissait à de longs intervalles, et probablement le produit de chaque vomissement était formé par la presque totalité des alimens et des boissons ingérés depuis le vomissement précédent.

La dilatation considérable de l'estomac s'accompagne toujours d'un déplacement remarquable du pylore qu'on trouve dans le flanc droit, et quelquefois dans la région iliaque droite. Il est presque toujours possible de reconnaître un estomac volumineux à l'aide de la percussion qui donne le son stomacal. Lorsque l'estomac est rempli de gaz, il se dessine à travers les parois abdominales.

FIG. 2 et 2'.

La fig. 2 représente la surface externe d'un cancer du pylore P qui se présente sous l'aspect d'une tumeur dure, bosselée, parcourue par des vaisseaux. Les deux tiers de la circonférence du pylore sont envahis.

La figure 2' représente le même estomac ouvert au niveau de la petite courbure de l'estomac, c'est-à-dire dans la partie de la circonférence du pylore qui était simplement hypertrophiée. On voit que le pylore P limite parfaitement l'altération. La surface interne est bosselée et présente une érosion E qui est couverte dans une partie de son étendue par une escarrhe noire.

Les bords de la section du pylore P, P ne présentent rien autre chose qu'une hypertrophie de la membrane musculeuse. La section pratiquée au centre de la tumeur a donné une épaisseur quatre à cinq fois plus considérable : elle présentait d'ailleurs un aspect lardacé; un suc cancéreux assez abondant était infiltré dans les mailles d'un tissu aréolaire très dense de nature fibreuse, au milieu duquel il était impossible de démêler ce qui avait appartenu aux diverses tuniques de l'organe.

N'ayant pu retrouver l'observation relative à ce sujet, je la remplacerai par l'observation suivante qui présente avec elle de grands traits d'analogie.

Guérison d'ulcère chronique aux narines. — Cancer au pylore et à la partie voisine de l'estomac.

La femme Pichon, âgée de 67 ans, fut admise à la Salpêtrière dans la division des incurables pour une ulcération aux deux narines qui avait résisté à un grand nombre de traitemens, si bien qu'elle fut jugée incurable. Plusieurs cicatrisations avec le nitrate d'argent et avec l'acide hydro-chlorique triomphèrent de cette maladie. On eut le soin d'entretenir l'ouverture des narines qui tendait incessamment à s'oblitérer. Le traitement dura de 4 à 5 mois.

Un an environ après la guérison, la malade fut prise d'un dégoût universel, d'abord pour les alimens de la maison, puis pour les alimens venus du dehors.

Au bout de 4 mois, vomissemens de glaires et douleur épigastrique, qui la forcèrent à venir à l'infirmerie.

L'exploration n'apprend rien : dépérissement; soupçon de maladie organique de l'estomac : traitement empirique par les sangsues, les vésicatoires sur le creux de l'estomac, la diète lactée, l'eau de Seltz, la magnésie, l'oxide blanc de bismuth, etc.

L'amaigrissement et le malaise vont toujours croissant.

La malade se plaint d'éprouver la sensation d'un ver qui monte à la gorge et qui redescend. Elle n'accuse aucune douleur dans le rachis; l'appétit persiste : elle mange et vomit; la diète est impatiemment supportée; la langue ne dit rien; point de dévoiement; l'exploration la plus attentive de la région épigastrique ne permet de reconnaître aucun point douloureux, aucun engorgement; une pression même assez fortement exercée n'y développe aucune sensibilité, et pourtant c'est à cette région que la malade rapporte tout ce qu'elle éprouve.

Lorsque la malade est quelque temps sans vomir, l'abdomen devient volumineux et donne à la percussion un son mat; la commotion de l'abdomen détermine un gargouillement: d'autres fois l'abdomen est météorisé et sonore comme un tambour; c'est lorsque le vomissement a eu lieu : un jour, que ce ballonnement était considérable et que l'estomac se dessinait de la manière la plus manifeste à travers les parois abdominales amaigries; je reconnus le pylore à une tumeur circonscrite située au dessous de l'hypochondre droit. La grande courbure de l'estomac obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite, atteignait le détroit supérieur.

Dans le dernier mois de sa vie, la malade éprouvait des nausées et des vomissemens continuels et cependant elle prenait une grande quantité d'alimens. L'amaigrissement fut porté à l'état squélettique; soif, douleur d'estomac. Elle s'éteignit le 24 septembre 1834, huit mois après l'invasion des accidens du côté de l'estomac.

Ouverture du cadavre. — Estomac ample et situé plus bas que de coutume; le pancréas n'était séparé des parois abdominales que par l'épiploon gastro-hépatique.

Le pylore présente une tumeur qui a un pouce et demi de longueur et qui a envahi les quatre cinquièmes inférieurs de la circonférence de l'estomac. Le cinquième supérieur a été respecté. Cette tumeur est limitée inférieurement par le pylore; supérieurement elle est limitée par une élevure très prononcée; elle occupe non-seulement l'anneau pylorique, mais encore l'antre du pylore.

Au niveau de cette tumeur, l'estomac est très étroit, si bien qu'il faut un assez grand effort pour faire passer les gaz de sa cavité dans celle du duodénum.

L'estomac ouvert du côté de la petite courbure permet de constater que la partie malade est profondément excavée à sa partie moyenne, et très rétrécie à ses extrémités, en sorte que les alimens avaient successivement à traverser : un premier anneau; une excavation; et enfin un second anneau qui correspondait au pylore.

A la surface externe, la portion rétrécie de l'estomac présentait une disposition granuleuse. Des veines rampaient sous le péritoine.

Une coupe de la tumeur permet de voir : 1° son aspect lardacé; 2° sa consistance qui est ferme mais qui s'accompagne d'une grande fragilité. La tumeur s'écrase sous la pression sans fournir de suc cancéreux; 3° la tunique péritonéale avait seule été respectée; 4° la surface de l'excavation ulcéreuse de la tumeur était grisâtre, sans aucun indice de travail morbide; on eût dit d'une coupe récente de la tumeur. La portion d'estomac qui avoisinait le pylore présentait une hypertrophie considérable de la membrane musculeuse.

Il m'a paru évident que la maladie avait débuté par la membrane fibreuse et par la membrane muqueuse et qu'elle s'était ensuite propagée à la tunique musculeuse.

L'intestin grêle présentait une rougeur par plaques à sa partie inférieure.

Tous les autres organes étaient sains.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

(PLANCHES V ET VI, X^{e} LIVRAISON.)

De l'ulcère simple chronique de l'estomac.

Confondu dans la pratique, tantôt avec la gastrite chronique, tantôt, et plus souvent encore, avec le cancer, *l'ulcère simple chronique de l'estomac* ne me paraît pas avoir fixé l'attention des observateurs comme maladie spéciale. Je m'estimerai heureux si les planches 5 et 6 et les réflexions qui les accompagnent peuvent remplir en partie la lacune qui existe à cet égard.

I. Anatomiquement considéré, l'ulcère simple chronique de l'estomac consiste dans une perte de substance spontanée, ordinairement circulaire, à bords coupés à pic, à fond grisâtre et dense, et de dimensions variables. Presque toujours unique, l'ulcère occupe le plus habituellement, soit la petite courbure, soit la paroi postérieure de l'estomac. Quelquefois il envahit le pylore, et alors il prend la forme d'une zône circulaire. Sa marche est lente et progressive; il s'étend en surface, mais surtout il creuse en profondeur; et si des adhérences salutaires ne s'y opposent, plus tôt ou plus tard l'estomac est perforé de part en part, et les matières contenues s'épanchent dans la cavité du péritoine.

II. L'ulcère simple de l'estomac présente les mêmes caractères que les ulcères cutanés produits par une cause interne générale ou par un vice local. Il y a d'abord érosion de la muqueuse, en vertu de ce travail morbide que Hunter a si ingénieusement nommé inflammation ulcéreuse; l'érosion ou ulcération devient un ulcère, qui offre tous les attributs de l'ulcère syphilitique. Néanmoins, il n'est nullement démontré que l'ulcère de l'estomac puisse reconnaître pour cause le virus vénérien, et en cela l'estomac ne déroge point à cette loi remarquable par laquelle les portions de muqueuses qui avoisinent les ouvertures naturelles sont très-habituellement envahies par le virus vénérien, tandis que les muqueuses profondément situées en sont exemptes.

III. L'ulcère simple de l'estomac ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer dur ni du cancer mou; on n'y trouve même pas cette hypertrophie circonscrite qui accompagne presque toujours le cancer, et que l'on a prise si souvent pour la dégénération cancéreuse elle-même. La meilleure preuve d'ailleurs que ces ulcères ne sont point cancéreux, c'est leur curabilité sous l'influence d'une thérapeutique très-simple, impuissante dans le cancer interne aussi-bien que dans le cancer externe.

IV. L'histoire des causes de l'ulcère simple de l'estomac est enveloppée dans une obscurité profonde, ou plutôt cette maladie reconnaît toutes les causes de la gastrite. Mais pourquoi un point, un seul point de l'estomac est-il profondément affecté, tous les autres points de l'organe se trouvant dans un état parfait d'intégrité? Voilà ce qui paraît bien difficile à expliquer.

V. Il n'est pas très-rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui n'avaient accusé pendant leur vie aucun symptôme du côté de ce viscère; mais le plus souvent la souffrance de l'estomac se traduit à l'extérieur par une série de symptômes plus ou moins graves. Les principaux sont les suivans : défaut absolu d'appétit ou appétit bizarre, tristesse insurmontable, digestion laborieuse, malaise ou douleur sourde à l'épigastre, et quelquefois douleur épigastrique extrêmement vive pendant le travail de la digestion ou même en l'absence de tout aliment dans l'estomac. La douleur épigastrique, ou plutôt sous-xyphoïdienne ou sous-sternale, se répète quelquefois dans le point correspondant de la colonne vertébrale, et j'ai vu plusieurs malades se plaindre davantage du *point rachidien* que du *point épigastrique.* L'amaigrissement plus ou moins rapide, la constipation, les nausées, les vomissemens après l'ingestion des alimens, enfin l'hématémèse ou le vomissement noir, voilà l'ensemble des symp-

tômes que présentent les individus affectés d'ulcère simple de l'estomac; et il est facile de voir qu'aucun de ces symptômes ne peut être érigé en signe pathognomonique. Parmi ces phénomènes morbides, les uns sont communs à l'ulcère simple et à la gastrite chronique, les autres à l'ulcère simple et au cancer. J'ai donné mes soins à une dame âgée de soixante-huit ans, qui depuis quatre à cinq mois était en proie aux accidens les plus graves, qu'on attribuait au cancer de l'estomac : et en effet des vomissemens semblables à du marc de café; une douleur épigastrique, parfois extrêmement vive; l'horreur pour toute espèce d'aliment, l'estomac ne pouvant rien supporter; l'amaigrissement rapide, l'aspect jaunâtre de la face, tout portait à penser que nous avions affaire à cette maladie; tel était l'avis des divers praticiens qui avaient été consultés. Mon diagnostic fut celui-ci : « Cancer à l'estomac, si toutefois il n'y a pas ulcère simple. » En conséquence, mon pronostic fut grave, mais moins désespéré que celui de mes confrères. J'ai eu la douce satisfaction de voir la malade se rétablir parfaitement, après six mois de soins assidus; et certes, je suis bien éloigné de penser que les moyens très-simples que j'ai employés ont pu guérir un cancer du pylore. Je ne vois donc aucun moyen de différencier d'une manière positive l'ulcère simple d'avec le cancer de l'estomac. Cependant, bien qu'en général, dans l'ulcère, le malade ait le sentiment d'un ennemi toujours présent, il s'en faut bien qu'il soit dominé par la maladie, comme dans le cancer, et souvent il peut vaquer à toutes les occupations d'une profession pénible. L'absence d'une tumeur épigastrique, les circonstances commémoratives, et surtout les premiers effets du régime pourront encore mettre sur la voie.

VI. L'anatomie pathologique nous rend parfaitement compte de l'hématémèse ou du vomissement noir qui accompagne si souvent l'ulcère de l'estomac : si l'on examine en effet, sous une couche d'eau, à l'œil nu ou à l'aide d'une forte loupe, la surface de l'ulcère, on voit une foule d'orifices vasculaires, les uns oblitérés, les autres non oblitérés. On conçoit donc que lorsque l'érosion d'un vaisseau n'est pas accompagnée de son oblitération, il doit en résulter une hémorrhagie proportionnelle au calibre de ce vaisseau; de là des hématémèses plus ou moins fréquentes; et comme, d'une part, le sang séjourne plus ou moins dans l'estomac et que, d'une autre part, il est en contact avec l'acide du suc gastrique, il contracte cette couleur noire ou couleur de suie qui a été notée par tous les observateurs. Au reste, cette couleur est commune à tous les vomissemens de sang qui ne suivent pas immédiatement son extravasation dans la cavité de l'estomac. C'est ainsi qu'on l'observe dans le cancer aussi-bien que dans l'hémorrhagie de la muqueuse gastrique par exhalation. Le vomissement noir de la fièvre jaune ne reconnaît pas un autre mécanisme.

VII. Lorsque l'ulcère rencontre, pour ainsi dire, sur son passage un vaisseau d'un calibre considérable, il en résulte des vomissemens aussi-bien que des déjections sanglantes qui se renouvellent à des intervalles plus ou moins courts, et qui quelquefois entraînent la mort par hémorrhagie. Cette terminaison funeste me paraît plus fréquente dans l'ulcère que dans le cancer de l'estomac. Le tissu artériel, qui échappe par son peu de vitalité à tant de lésions organiques et souvent au cancer lui-même, ne peut échapper au travail ulcéreux. Il n'est pas rare de voir un ulcère simple de l'estomac parfaitement cicatrisé, excepté dans le point correspondant au vaisseau. Or, les solutions de continuité des vaisseaux ne pouvant guérir solidement que par oblitération, il peut arriver, si cette oblitération n'a pas lieu, que le caillot obturateur soit entraîné, et que l'hémorrhagie se renouvelle assez intense pour produire une mort plus ou moins immédiate.

VIII. Un diagnostic différentiel rigoureux de l'ulcère simple de l'estomac serait plus important pour le pronostic que pour la thérapeutique; car les bases du traitement sont, à peu de chose près, les mêmes que celles du traitement de la gastrite chronique et du cancer. Que ferions-nous si nous avions un pareil ulcère à traiter à l'extérieur? Nous condamnerions au repos la partie du corps qui en serait affectée. S'il occupait les extrémités inférieures, nous prescririons le repos au lit; nous nous contenterions de l'immobilité, s'il occupait les extrémités supérieures. Eh bien! le repos pour l'estomac c'est la diète; et comme la diète ne saurait être absolue, il importe de trouver un aliment qui passe en quelque sorte inaperçu; le secret du traitement dans

cette maladie, comme d'ailleurs dans toutes les lésions de l'estomac, consiste donc dans un tâtonnement méthodique relatif à l'alimentation, dans l'absence de tout médicament proprement dit. J'ai plusieurs fois eu la pensée de classer mes malades d'après l'espèce d'aliment que supporte leur estomac. Ainsi, les uns supportent les alimens gélatineux solides, veau, poulet, poisson; d'autres supportent les légumes herbacés; d'autres, la diète lactée et les jaunes d'œufs; d'autres, les bouillons de veau ou de poulet; d'autres enfin ne supportent que l'eau sucrée, l'eau gommée, l'eau de gruau, l'eau froide, l'eau à la glace, l'eau gazeuse. Enfin, dans un dernier degré, tout pèse, tout fatigue, même une cuillerée d'eau.

IX. Voici la conduite que j'ai coutume de suivre dans des cas de ce genre. Je commence par laisser reposer l'estomac pendant vingt-quatre heures : l'abstinence doit être complète et s'étendre même quelquefois sur les liquides aussi-bien que sur les solides. S'il y a douleur à l'épigastre, une application de sangsues sera faite dans le premier jour et suivie d'un bain de plusieurs heures. Le lendemain, je fais essayer la diète lactée. Le lait sera pris immédiatement après qu'il vient d'être trait, à la dose de quelques cuillerées, toutes les quatre heures ou à des intervalles plus considérables, si l'estomac ne demande pas. Quelquefois la diète lactée réussit comme par enchantement; d'autres fois le lait ne passe pas; alors il faut le couper avec un peu d'eau de chaux, d'eau de gruau, ou l'édulcorer légèrement. Souvent du lait bouilli et écrémé passe mieux que le lait naturel, le lait froid mieux que le lait chaud, le lait très-chaud mieux que le lait tiède. Il n'est pas rare de voir le lait fatiguer l'estomac; hâtons-nous alors d'y renoncer pour y revenir plus tard. La diète gélatineuse ou féculente lui est souvent substituée avec avantage. Elle se compose de bouillons de veau, de poulet, de gelées, ou bien de fécules de maïs, de riz, d'avoine, d'orge, de pommes-de-terre cuites à l'eau, au lait ou au bouillon de poulet. Le point essentiel est de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter, et l'instinct des malades nous dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes. Combien de fois des infractions au régime prescrit par le médecin n'ont-elles pas été la source d'indications précieuses! Une de mes malades, affectée de vomissemens noirs, ne pouvait plus rien supporter. Je lui demandai par hasard si elle aimait les huîtres; c'était son mets favori; elle s'est nourrie avec l'eau d'huîtres pendant quinze jours. L'eau gazeuse simple a pu seule passer chez des malades dont l'estomac repoussait toute autre espèce d'aliment et de boisson. J'ai eu quelquefois à me louer de la magnésie calcinée, de la poudre d'yeux d'écrevisses donnée dans une cuillerée d'eau ou de lait. Rarement l'opium a-t-il été utile, même dans le cas de vive douleur. Le sucre doit être en général proscrit; cependant je me suis bien trouvé de faire promener dans la bouche du sucre cristallisé avant et après le repas pour augmenter la sécrétion de la salive. La température des alimens est tout aussi importante à surveiller que leur qualité et leur quantité. La température très-chaude ou très-froide m'a paru convenir beaucoup mieux que la température tiède. Des bains gélatineux tempérés de deux, trois, quatre heures sont un auxiliaire très-puissant. J'ai observé qu'un bain de trois à quatre heures produit des effets bien plus avantageux que trois ou quatre bains d'une heure. Une remarque très-importante dans toutes les affections chroniques, c'est de ne pas trop prolonger la diète adoucissante, et de se relâcher du régime sévère prescrit dans les premiers temps. Il arrive même une époque où les stimulans, tels que le gibier, réussissent beaucoup mieux que les viandes blanches et les légumes herbacés. Je ne connais rien de plus difficile à diriger que le traitement de ce genre de maladie. C'est dans les détails de l'application que la sagacité du praticien brille de tout son éclat : qualité des alimens, quantité de ces mêmes alimens, température, nombre des repas, exercice, heure de l'exercice, excrétion des matières fécales, tout doit être surveillé avec la plus minutieuse exactitude. C'est à l'aide de ces petits soins de garde-malade sans addition de remède que nous parviendrons à des résultats qui dépasseront souvent nos espérances. Aussi ne doit-on jamais prononcer sur l'existence d'un cancer à l'estomac, à moins de signes physiques bien positifs, sans avoir éprouvé les bons effets du régime pendant un mois ou deux. Les observations suivantes confirmeront les généralités dans lesquelles je viens d'entrer, et fourniront des exemples 1° de perforation de l'estomac, suite d'ulcère simple; 2° d'hémorrhagie mortelle, suite d'ulcération des vaisseaux; 3° de cicatrice d'ulcères de l'estomac.

De la perforation de l'estomac, suite d'ulcère simple.

L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes de la perforation spontanée de ce viscère, plus fréquente incontestablement que le cancer. Il est évident que l'ulcère aigu doit entraîner bien plus souvent cette perforation que l'ulcère chronique, lequel est presque toujours suivi d'adhérences salutaires.

Ces perforations ont eu lieu quelquefois pendant un effort. On conçoit qu'alors tous les viscères abdominaux étant fortement et uniformément comprimés, le point le plus faible doive céder. Enfin, les accidens, suite de perforations, étant quelquefois survenus immédiatement après l'ingestion d'alimens et de boissons, la question d'empoisonnement a dû être soulevée dans un grand nombre de cas de ce genre. C'est ainsi que les charbonniers de Paris, qui ont toujours mis obstacle à l'autopsie de ceux de leurs camarades qui succombent à la Maison royale de Santé, voulurent assister par députation à l'ouverture du malade dont on va lire l'histoire, persuadés qu'ils étaient que ce malade avait été empoisonné. Il y avait également soupçon d'empoisonnement dans un cas du même genre publié par M. Rullier.

Ulcère simple de l'orifice pylorique de l'estomac suivi de perforation. (Pl. 5, fig. 1 et 1'.)

Un charbonnier, âgé de vingt-trois ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison royale de Santé le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression; coliques atroces; face profondément altérée; pouls grêle; extrémités froides. Ce malheureux, qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que depuis dix jours il éprouve un léger malaise qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boisson. La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives, qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin appelé se contenta d'une application de quelques sangsues sur l'abdomen, et le lendemain, voyant le malade désespéré, il le fit transporter à la Maison royale de Santé, où il mourut trois heures après son entrée.

Avant l'ouverture, j'annonçai que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois la perforation n'était pas la suite d'empoisonnement. L'abdomen ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, des fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation P, fig. 1', pl. 5, masquée par des fausses membranes, a apparu. L'estomac, ouvert du côté opposé à la perforation, nous a présenté une ulcération en forme de zône U, U, qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique OP. Le fond de cette ulcération était formé par les fibres musculaires, et la perforation P occupait l'un des points de cette zône.

Réflexions. — Je regarde ce cas comme un exemple d'ulcère aigu de l'estomac. L'état aigu me paraît démontré : 1° par le caractère de l'ulcération, dont le fond et les bords n'offraient ni cette densité, ni cet épaississement qui accompagnent les ulcères chroniques; 2° par les commémoratifs, le malade n'accusant de malaise que depuis dix jours. Je dois faire remarquer le siége de cette maladie au pylore; l'on conçoit que l'ulcération doit marcher beaucoup plus rapidement et se terminer plus souvent par perforation dans cette région que dans toute autre, attendu que le pylore est beaucoup plus soumis que tous les autres points de l'estomac aux causes d'irritation. C'est ainsi que chez un autre jeune homme qui se plaignait de dyspepsie depuis quelques mois, et qui fut pris tout-à-coup des symptômes de péritonite suraiguë, je trouvai une perforation au niveau du pylore. Cette perforation était au centre d'un ulcère oblong. Une seconde ulcération commençante se voyait à une petite distance. Dans le cas représenté fig. 1, pl. 6, les trois tuniques ont été détruites dans la plus grande partie de l'ulcère U, en sorte que le péritoine seul en forme le fond. Si ce sujet, sur lequel je n'ai aucun renseignement, avait vécu quelque temps encore, il est plus que probable que la perforation aurait eu lieu. Il n'est pas rare de voir les ulcères de l'estomac complètement cicatrisés, excepté dans un

seul point où le travail ulcéreux se maintient et finit par opérer une perforation. Parmi les observations qui ont été données comme des exemples d'ulcères cancéreux de l'estomac avec perforation, il m'a été facile de reconnaître plusieurs exemples d'ulcère simple de l'estomac. Voici l'analyse de quelques-uns de ces faits.

Ier fait. — Un homme, qui jouissait d'une bonne santé habituelle, n'avait pris à son repas que quelques onces de pain, un peu de lait et d'eau. Tout-à-coup, douleur atroce dans l'abdomen; les parois abdominales contractées semblent appliquées contre le rachis. Mort au bout de douze heures. A l'ouverture, on trouve à la petite courbure de l'estomac, à un pouce environ du pylore, un trou du diamètre d'une ligne et demie, arrondi comme s'il eût été fait avec un emporte-pièce. Ce trou, à travers lequel les alimens et les boissons s'étaient épanchés dans l'abdomen, était environné d'un cercle rouge de la largeur d'un quart de ligne (*).

IIe fait. — Le savant chimiste Darcet, âgé de soixante-douze ans, fut pris, à la suite de la disparition d'une dartre à la tête, de diarrhée et de douleurs à l'estomac et dans tout l'abdomen. Dès-lors le teint devint pâle et les digestions pénibles. Cet état durait depuis six mois, lorsqu'après un dîner fort sobre, il ressentit tout-à-coup une douleur très-vive dans l'abdomen, accompagnée d'un malaise général. Il mourut le lendemain. A l'ouverture, on trouva sur la face antérieure de l'estomac, à quelques pouces du pylore, une ouverture ronde par laquelle les matières contenues dans l'estomac sortaient par la plus légère pression. Cette perforation répondait, dans l'intérieur de l'estomac, à un ulcère dont les bords durs formaient une espèce de bourrelet. Dans le milieu de cet ulcère, les trois tuniques muqueuse, fibreuse et musculeuse avaient disparu, en sorte que la membrane péritonéale perforée en formait le fond. A deux pouces de ce premier ulcère, on en voyait un second beaucoup moins avancé (**).

IIIe fait. — Un homme de trente-quatre ans, dont l'estomac présentait cette forme d'irritation gastrique connue sous le nom de dyspepsie, fut soumis à un régime adoucissant qui produisit les meilleurs effets. Le malade paraissait rétabli, lorsqu'un soir, en tirant ses bottes avec effort, il fut subitement saisi d'une douleur atroce à l'estomac, d'un tremblement général, d'anxiété, de suffocation; l'abdomen était contracté, dur, affaissé, très-sensible à la pression. Les accidens diminuent un instant pour se réveiller avec plus d'intensité, et le malade succombe dix heures après leur invasion.

A l'ouverture, épanchement dans l'abdomen de plusieurs pintes de matière purulente d'une odeur infecte; pseudo-membranes molles; rougeur foncée du péritoine. « L'estomac offrait sur sa face antérieure, « vers sa petite courbure et à trois travers de doigt du pylore, *un léger engorgement squirrheux*, *très-peu* « *étendu*, et exactement circonscrit. L'estomac était percé de part en part dans le centre de cette *petite in-* « *duration*. L'ouverture arrondie, taillée en biseau aux dépens de la face interne du viscère, avait à peine « trois à quatre lignes de diamètre en dedans, une ligne et demie à deux lignes au plus en dehors. Son « bord circulaire, dans ce dernier sens, était extrêmement mince, noirâtre, légèrement dentelé et uni- « quement formé par la tunique péritonéale de l'estomac. Une surface ulcéreuse, lisse et grisâtre, formait « d'ailleurs les parois de cette espèce de canal qui avait de la sorte établi une communication libre, très- « étroite, comme lenticulaire, entre la cavité de l'estomac et celle de l'abdomen (***). »

De l'hémorrhagie, suite d'ulcère de l'estomac.

De tous les accidens que peut entraîner l'ulcère de l'estomac, un des plus fréquens et des plus graves est sans contredit l'hémorrhagie. Le tissu artériel, si réfractaire en général à tout travail morbide, n'échappe pas à l'inflammation ulcéreuse; de là le vomissement noir, l'hématémèse qui peut être portée jusqu'à la mort par hémorrhagie. Il n'est aucun point du cercle artériel de l'estomac qui ne puisse devenir la source d'une hémorrhagie plus ou moins grave. Mais parmi les faits que j'ai pu recueillir à cet égard, je ne vois que l'artère coronaire stomachique et l'artère splénique qui aient donné lieu à une hémorrhagie mortelle. Les connexions de l'artère splénique avec la paroi postérieure de l'estomac, la fréquence des ulcères dans cette

(*) *Mémoire sur les perforations de l'estomac*, par Gérard.

(**) *Médecine légale* par Lecieux, Renard, Laisné, Rieux. Paris, 1819, in-8, p. 151.

(***) *Arch. de Médecine*, tome 11e, p. 388. Obs. publiée par M. Rullier. — Il me paraît évident que ce fait doit être rapporté à l'ulcère simple, et nullement au squirrhe de l'estomac. L'expression d'*engorgement squirrheux* n'est évidemment employée que comme synonyme d'augmentation de consistance et d'épaisseur, ainsi que l'indique l'expression de *petite induration* qu'on lui substitue bientôt après.

région expliquent comment cette dernière artère peut être envahie par l'ulcération, bien qu'elle ne fasse pas partie du cercle artériel gastrique; et tel est le calibre de cette artère, que sa lésion ne peut pas ne pas être suivie d'une hémorrhagie extrêmement grave, peut-être même toujours mortelle. Le calibre moins considérable de l'artère coronaire stomachique doit souvent permettre son oblitération.

La planche 6 va nous fournir des exemples d'ulcères chroniques de l'estomac avec lésion tantôt de l'artère coronaire stomachique et tantôt de l'artère splénique.

Ulcère occupant la petite courbure de l'estomac. Première hématémèse guérie; deuxième hématémèse mortelle (*). *Ouverture de l'artère coronaire stomachique.*

Petit, âgé de vingt-neuf ans, menuisier, d'un tempérament sanguin, musculeux, adonné depuis son enfance à l'usage des boissons spiritueuses. Il y a cinq ans, hématémèse qui se reproduisit tous les soirs pendant huit jours avec une grande abondance, et céda sous l'influence des boissons astringentes. Deux mois de repos au lit furent nécessaires au malade pour lui faire recouvrer ses forces. Revenu à ses travaux, il se livra de nouveau à sa funeste habitude sans que sa santé parût en souffrir notablement.

Le 15 avril 1830, chaleur et douleur à l'épigastre; perte d'appétit. Il peut néanmoins continuer son travail jusqu'au 30 au soir qu'un malaise général le força à se mettre au lit. Immédiatement après, vomissement de sang dont la quantité peut être évaluée de cinq à six livres. Transporté à l'hôpital de la Charité, il présente un pouls petit, dépressible, une anémie presque complète qui repoussa toute idée d'évacuation sanguine : on s'en tint donc à de larges sinapismes aux pieds.

Le 1er mai, le malade n'a qu'un seul vomissement de sang peu abondant; le pouls s'est relevé avec les forces. (Vingt sangsues à l'épigastre, sinapismes aux mollets, riz gommé avec eau de Rabel et sirop de coing; émulsion avec le sirop diacode; diète.) Le soir, hématémèse assez considérable.

Le 2, même état, point de selle. (Vingt sangsues à l'anus, sinapismes; même boisson.) A cinq heures du soir, hématémèse plus considérable que les prédédentes, prostration extrême; mort à dix heures.

Ouverture du cadavre. — Peau décolorée, embonpoint notable. L'abdomen ouvert, on est frappé par la couleur rouge violacée du gros intestin qui contraste avec la pâleur de l'estomac et de l'intestin grêle. L'estomac contient un liquide sanguinolent dans lequel nagent quelques caillots. Au niveau de la petite courbure PC, fig. 2 (pl. 6), existe une ulcération profonde, circulaire, de six lignes de diamètre, circonscrite par un bourrelet très-dense. Le pourtour et le fond de l'ulcère sont cicatrisés, excepté dans le point AP, d'où s'élevait un caillot de sang en forme de mamelon; un stylet porté dans l'artère coronaire stomachique et dirigé de l'origine vers l'extrémité de ce vaisseau, chasse le caillot et pénètre dans la cavité de l'estomac; mais en retirant un peu le stylet, et en le poussant dans la même direction, on l'a fait entrer dans le prolongement du vaisseau qui n'était interrompu que dans les trois quarts environ de la circonférence. Le repli muqueux qui forme un cercle autour du pylore OP est perforé de part en part à son bord adhérent. La face externe de l'estomac a été représentée (fig. 2') au niveau de l'ulcère. L'aspect froncé des parois au niveau de l'ulcère a été parfaitement rendu. Quelques floccons de tissu adipeux soulevaient le péritoine.

Le duodénum et l'intestin grêle sont tapissés par une couche mince de mucosités sanguinolentes; le gros intestin est rempli d'une bouillie visqueuse, rouge-noirâtre, d'une teinte d'autant plus foncée qu'on l'examine plus près du rectum.

Réflexions. — Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est le long intervalle de bien-être qui sépare les deux hématémèses. L'ulcère de l'estomac remonte-t-il jusqu'à la première hématémèse? Cela est probable. Un caillot salutaire aura arrêté l'écoulement du sang, une cicatrice solide se sera formée après deux mois de traitement, et le malade aura recouvré toute la plénitude de sa santé. Ce n'est qu'au bout de cinq ans que le centre de la cicatrice s'étant ulcéré à la suite d'un malaise, l'artère coronaire stomachique qui n'avait pas été oblitérée, mais seulement obstruée par un caillot, a été de nouveau intéressée : d'où une hémorrhagie mortelle. On pourrait encore admettre que la première hémorrhagie a été produite par une branche de l'artère coronaire stomachique, tandis que la seconde est due à la lésion du tronc lui-même. Il est singulier de voir l'artère seule intéressée par une ulcération nouvelle

(*) *Pièce et Observation présentées à la Société anatomique*, par M. Ricard, l'un de ses membres. (Hôpital de la Charité, service de M. Rullier.)

au milieu d'une cicatrice parfaite. Dans l'observation suivante, l'hémorrhagie a été fournie par l'artère splénique.

Ulcère occupant la paroi postérieure de l'estomac. Hématémèse et déjections sanglantes. Lésion de l'artère splénique.

Un portier, âgé de cinquante-six ans, éprouvait depuis six ans des coliques habituelles qui lui donnaient une grande tristesse, mais qui ne l'empêchaient pas de se livrer à ses occupations et de prendre des alimens. Parfois ces coliques augmentaient, et alors le malade se soulageait en comprimant fortement l'épigastre contre le dos d'une chaise. De temps à autre il rendait du sang par les selles. Des bains long-temps continués, des potions opiacées, une nourriture très-adoucissante le soulagèrent sans le guérir.

Le 24 mars, je le trouve au lit; il me raconte que la veille il se trouvait comme de coutume, lorsque tout-à-coup il a rendu une grande quantité de sang par le haut et par le bas. Le malade est oppressé, son pouls est lent et régulier; il a la conscience d'une fin prochaine, et en effet il mourut la nuit suivante au milieu d'une syncope et après avoir rendu beaucoup de sang par la bouche et par l'anus.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai que les intestins grêle et gros avaient une couleur livide; elle était due à une grande quantité de sang contenue dans leur cavité. L'estomac présentait comme un étranglement à sa partie moyenne, et cet étranglement était produit par une adhérence intime qu'il avait contractée avec le pancréas. Je l'ouvre : il était également rempli de sang et présentait (fig. 3, pl. 6) sur sa paroi postérieure, à quatre à cinq lignes de la petite courbure PC, un ulcère de cinq à six lignes de diamètre. Cet ulcère était profond, à bords durs et coupés à pic, à fond grisâtre d'apparence fibreuse, et présentant tous les caractères d'une cicatrice. Le pancréas formait le fond de cet ulcère; on y voyait l'orifice béant d'un vaisseau AP; c'était l'artère splénique.

Cicatrices des ulcères de l'estomac.

Les ulcères de l'estomac guérissent par un travail de cicatrisation tout-à-fait semblable à celui des ulcères des autres organes. Les parties saines voisines sont d'abord attirées pour diminuer le diamètre de la perte de substance, d'où le froncement du pourtour de l'ulcère. La surface de l'ulcère se couvre ensuite dune couche fibreuse; ses bords deviennent durs, extrêmement denses et forment un bourrelet circulaire. Jamais ces cicatrices ne m'ont offert les caractères du tissu muqueux, mais bien les caractères d'un tissu fibreux extrêmement dense.

La figure 1 (pl. 6) représente un ulcère de l'estomac occupant la petite courbure : cet ulcère a détruit les membranes muqueuse, fibreuse et musculaire dans les deux tiers de sa surface. La tunique péritonéale forme donc à elle seule presque tout le fond de l'ulcère U, et comme aucune adhérence n'existait entre l'estomac et les parties environnantes, il est probable que, si le malade avait vécu, la perforation aurait été complète. Je n'ai aucun renseignement sur cet individu. Des lignes radiées indiquent très-bien le froncement qui existe tout autour de l'ulcère.

M. Blandin a présenté à la Société anatomique l'estomac d'un individu qui succomba à l'hôpital Beaujon huit jours après l'amputation d'un doigt. L'amputation avait été nécessitée par l'écrasement de ce doigt; le malade alla boire de l'eau-de-vie immédiatement après. Survint un phlegmon érysipélateux qui envahit tout l'avant-bras et se termina par la gangrène et par la mort huit jours après l'amputation. L'estomac de cet individu présentait, au niveau de la petite courbure, au voisinage de l'orifice cardiaque, une perte de substance ovalaire d'un pouce dans son plus grand diamètre. Les bords de l'ulcère étaient coupés en talus ou en dédolant; ils étaient très-denses, fibreux, ainsi que le fond qui offrait l'aspect d'un tissu fibreux.

Une discussion s'éleva dans le sein de la Société sur la question de savoir si cet ulcère était de date récente ou s'il était ancien. Les uns voulaient que ce fût un ulcère récent dont ils rapportaient l'origine à l'opération, c'est-à-dire, à huit jours; mais d'autres pensèrent, et je fus de ce nombre, que cet ulcère était tout-à-fait étranger aux accidens qui avaient emporté le malade; l'aspect et la densité du tissu qui formait le fond et les bords de cet ulcère, me portèrent à affirmer qu'il était cicatrisé.

Une cicatrice analogue existait dans l'estomac de mon célèbre prédécesseur Béclard, qui avait présenté pendant plusieurs années des symptômes de gastrite chronique.

La figure 4 (pl. 6) nous fournit un exemple de cicatrice énorme de l'estomac UC, UC. Elle occupe la paroi postérieure. L'estomac a été complètement détruit à son niveau; le pancréas P remplit la perte de substance et sert de support à la cicatrice qui consiste dans une lame fibreuse extrêmement ténue. La disposition granuleuse de la glande apparaît à travers le peu d'épaisseur de la cicatrice. Il est malheureux que nous n'ayons aucun renseignement sur cet individu.

La figure 2 (pl. 5) représente l'estomac d'un savant dont voici l'histoire :

M. G. (*), homme de lettres, d'un tempérament bilieux, avait toujours joui d'une bonne santé; seulement ses digestions étaient parfois laborieuses, comme il arrive chez la plupart des hommes de cabinet. A cinquante-huit ans, la mamelle droite devint squirrheuse, et fut extirpée par M. Boyer. Plusieurs années après, les digestions devinrent habituellement laborieuses, accompagnées de gonflement à l'épigastre, d'éructations, de sensibilité légère à la région du pylore. A soixante-dix ans, se manifestèrent des vomissemens fréquens, tantôt des alimens et tantôt de matières muqueuses, bilieuses et sanguinolentes; en même temps, constipation opiniâtre, mouvement fébrile, gonflement à l'épigastre et à l'abdomen. Des sangsues, des bains, des cataplasmes émolliens, la diète lactée améliorèrent notablement tous les symptômes. L'état aigu disparaît, et M. G. ne tarde pas à reprendre ses occupations habituelles. Mais ses digestions sont de plus en plus pénibles; et le malade, ami de la table et peu scrupuleux sur le régime, se donne fréquemment de violentes indigestions, tellement qu'il se crut plusieurs fois empoisonné. Depuis un an surtout les accidens du côté de l'estomac étaient devenus et plus intenses et plus habituels, lorsque le 17 décembre 1828, le malade ayant alors soixante-treize ans, fut pris, à la suite d'une violente indigestion, d'une hématémèse des plus abondantes, accompagnée de syncope et suivie de selles sanguinolentes. M. Vallerand, médecin ordinaire du malade, put craindre une mort immédiate; néanmoins la vie se ranime, et l'hémorrhagie cède par l'emploi de boissons à la glace acidulées, de glace sur l'abdomen, de sinapismes et de frictions sur les membres. Les jours suivans, l'état du malade est moins désespéré; mais les boissons les plus légères et les plus adoucissantes, le lait d'ânesse, le bouillon de poulet, quelques grains de raisin, fatiguent l'estomac et causent des rapports aigres, un sentiment de gonflement à l'épigastre, et souvent des douleurs aiguës. A la constipation, qui est l'état habituel, succède quelquefois un dévoiement abondant. L'exploration de la région pylorique de l'estomac fait reconnaître une très-petite tumeur circonscrite qu'on regarde comme due au pylore cancéreux. Le teint jaune-paille de la peau semble encore confirmer ce diagnostic. Trois semaines se passent dans cet état; enfin, le 19 janvier 1829, survient une hématémèse qui emporte le malade après vingt-quatre heures d'agonie.

A l'ouverture, on trouve (fig. 2, pl. 5) l'estomac d'une grande opacité, flasque comme chez les grands mangeurs; la muqueuse est pâle; quelques arborisations superficielles se voient çà et là sur la face interne de l'estomac. L'orifice pylorique OP est extrêmement rétréci, et bordé par un cercle fibreux très-dense; il permettait seulement le passage d'un tuyau de plume à écrire; à l'extérieur, se voyait un froncement très-marqué; l'épiploon était ramassé sur lui-même et adhérent. Ce n'est pas tout, une cicatrice fibreuse circulaire fort remarquable UC existait à la paroi postérieure de l'estomac; un rebord très-dense, saillant, surtout en haut, en traçait exactement les limites. On voyait des lignes radiées partir de cette ulcération comme d'un centre. Mais ces radiations se remarquaient principalement à la face externe de l'ulcère représenté fig. 2'. Le lieu de la cicatrice C était on ne peut plus marqué.

Réflexions. — Ce fait confirme tous les précédens, et prouve d'une manière péremptoire l'analogie qui existe sous le point de vue des symptômes entre l'ulcère simple et le cancer; et ici l'existence d'un cancer mammaire antérieur, la présence à l'épigastre d'une petite tumeur formée sans doute par l'induration pylorique grossie par les enveloppes à travers lesquelles on la sentait, semblaient militer fortement en faveur de la maladie cancéreuse. Ce fait établit en outre un mode d'obstruction du pylore qui doit être excessivement rare, savoir l'obstruction par cicatrisation d'un ulcère circulaire. Les accidens éprouvés à l'âge de soixante-dix ans tenaient bien évidemment à l'existence de ces deux ulcères. Le siége de l'un de ces ulcères au pylore et l'obstacle qui devait en résulter pour le passage des alimens explique pourquoi le malade a constamment éprouvé, depuis cette époque, des accidens du côté de l'estomac. Mais quelle a été la source des deux hématémèses qui ont terminé les jours du malade? Auraient-elles eu lieu par exhalation? Voilà ce qu'il m'a été impossible de déterminer. Les vaisseaux veineux superficiels représentés fig. 2 sembleraient dénoter une hémorrhagie par exhalation.

(*) Je dois cette observation et la pièce pathologique qui l'accompagne à l'obligeance de mon ami le docteur Vallerand.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

Amincissement extrême ou atrophie aiguë d'une portion des parois de l'arc du colon. — Péritonite. — Perforation annoncée par une tympanite survenue subitement et rapidement mortelle. — Ramollissement gélatiniforme de la grosse extrémité de l'estomac.

(PLANCHE II, IV^e LIVRAISON.)

Laplace, âgé de trente-cinq ans, domestique, fortement constitué, entre à la Maison royale de Santé, le 28 septembre 1828, dans l'état suivant : prostration; découragement; air de souffrance et de malaise intérieur que ne justifie aucun symptôme local : soif très-vive; la langue est sale; le pouls fréquent; le ventre souple et indolent : la tête n'est pas douloureuse. Rien du côté du thorax.

Commémoratifs. La maladie, qui date de huit jours, paraît due à un travail excessif, au passage subit du chaud au froid. Au début, frisson, céphalalgie intense : après quatre jours d'expectation, le médecin appelé le saigna deux fois et lui fit appliquer les sangsues, une fois à l'anus et une autre fois à l'abdomen. — *Diagnostic. Affection abdominale.* Mais quel en est le siége, la nature? Probablement le canal intestinal. (Gomme, sirop de gomme, lavemens émolliens, diète absolue.) — Le 30, dévoiement considérable; et même plusieurs selles sont involontaires. *Le canal intestinal et le gros intestin sont donc le siége de la maladie.* — Le 1^er octobre, l'état du malade s'est aggravé d'une manière extraordinaire : sa face contractée exprime une atteinte profonde aux forces de la vie. La voix est plaintive; il se lamente, redoute la mort qu'il dit être prochaine. La langue, d'humide qu'elle était la veille, devient brune et sèche : le pouls petit, grêle, fréquent : sueur froide : aucune douleur : selles fréquentes. *L'affection de l'intestin se dessine de plus en plus et s'aggrave.* Y a-t-il inflammation proprement dite? L'état inflammatoire aurait-il passé à l'état de gangrène? La petitesse du pouls et l'état général contre-indiquent les évacuations sanguines. (Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses.) — Le 2, pouls excessivement grêle; moiteur froide : respiration haute, suspirieuse. Légère sensibilité aux deux régions iliaques. Cinq selles pendant la nuit. (Sinapismes qu'on promènera le long des extrémités inférieures. Thériaque, demi-gros le soir; décoction blanche sans cannelle pour toute boisson.) — Le 3, vers deux heures du matin, tout-à-coup coliques extrêmement vives, pendant lesquelles il semble au malade que tout son corps se bouleverse; il a cru mourir. Depuis lors il se trouve beaucoup mieux; mais l'abdomen, de souple qu'il était les jours précédens, est rigide dans toute son étendue sans être plus développé et plus douloureux. La contraction spasmodique des parois abdominales est telle qu'il est impossible de la vaincre, même en captivant l'attention du malade et en le plaçant dans l'attitude convenable : je ne puis par conséquent explorer les viscères abdominaux. La voix est très-altérée. Les extrémités sont plus chaudes, le pouls moins fréquent et moins misérable que la veille : la rigidité existe aussi dans les extrémités supérieures. *L'inflammation de l'intestin tend à se propager si elle ne s'est déjà propagée au péritoine.* — Le 4 et le 5, la face s'altère profondément, les traits s'étirent comme à la fin d'une maladie chronique. Les parois abdominales et les extrémités supérieures sont toujours d'une rigidité excessive. Coliques assez vives qui reviennent de temps en temps. Le malade se croit beaucoup mieux et demande des alimens. — Le 6, l'abdomen, qui jusqu'alors était aplati, indolent, devient ballonné et très-sensible à la pression. La face est profondément altérée. Le pouls redevient faible, sans résistance, mais moins grêle que les premiers jours. Les selles sont con-

tinuelles (on assure qu'il est allé plus de trente fois la nuit). La *péritonite*, qu'on pouvait peut-être encore révoquer en doute les jours précédens, *est manifeste*. Le météorisme et la douleur me paraissent annoncer une péritonite très-aiguë, peut-être par suite de perforation d'intestin. (Dix sangsues sur l'abdomen; cataplasmes; lavement avec amidon et huit gouttes de laudanum; gomme, sirop de gomme.) — Le 7, l'abdomen, toujours ballonné, très-fortement contracté, n'est plus sensible à la pression. Le malade n'a nullement la conscience de son état et se croit guéri; il demande à manger. Soif très-vive; langue presque naturelle : les vésicatoires sont gangréneux. Contre toute prévision, le malade se soutient dans le même état jusqu'au 12. La face est moins altérée. Sentiment de mieux être; mais la gracilité du pouls, la tension et le volume de l'abdomen contrastent avec ses paroles et l'air de gaîté qui brille sur son visage. La lèvre supérieure devient le siége d'une tuméfaction considérable : je dois également noter une ulcération sur le bord gauche de la langue, qui, en quelques jours, est devenue très-profonde. On dirait d'un ulcère cancéreux. — Le 13, survient tout-à-coup un sentiment de suffocation imminente. Le ventre est ballonné comme un tambour; il a acquis un volume double pour le moins de celui qu'il avait la veille. En appliquant l'oreille sur l'abdomen au niveau de l'ombilic, j'ai cru entendre à chaque inspiration un bruit analogue à celui du souffle respiratoire. Le malade a recouvré toute sa raison et s'écrie qu'il va mourir si je ne le délivre pas sur-le-champ de cette terrible suffocation. Et en effet, il meurt quelques instans après, asphyxié, avec toute sa connaissance. Je reconnais une *tympanite abdominale*, produite par *la perforation d'un intestin*.

Ouverture du cadavre. Abdomen très-ballonné, aussi tendu que sur le vivant. Je pratique avec précaution une petite ponction aux parois abdominales : il s'échappe avec bruit une colonne d'air d'odeur sulfureuse et l'abdomen s'affaisse aussitôt. La tympanite était donc abdominale, ainsi qu'il avait été facile de le diagnostiquer. Les parois abdominales largement incisées, j'ai vu que la cavité abdominale avait une énorme capacité, que le diaphragme était refoulé dans la cavité thoracique jusqu'au niveau de la troisième côte, en sorte que la suffocation m'a paru le résultat mécanique du soulèvement du diaphragme.

Les intestins, refoulés en arrière, étaient comme accollés à la colonne vertébrale; les circonvolutions étaient unies entre elles par de fausses membranes récentes, et leur surface libre plaquée de rouge lie de vin et de vert sale. Cette couleur a été parfaitement rendue sur la figure 1, IGP, IGP; elle ne paraîtra forcée qu'à ceux qui n'auront pas vu ce genre de péritonite. La couleur vert sale est évidemment cadavérique; la couleur lie de vin est naturelle. Ces deux couleurs avaient leur siége dans une pseudo-membrane récente qu'il était extrêmement facile de séparer. Du reste, une multitude de lambeaux pseudo-membraneux, d'odeur et de couleur fécales, se voyaient çà et là dans l'abdomen et étaient accumulées dans le petit bassin.

J'ai fait insufler l'œsophage pour découvrir le siége précis de la perforation : l'estomac et l'intestin grêle se sont très-bien remplis; mais à peine l'air est-il arrivé dans l'arc du colon, qu'il s'est échappé avec sifflement par plusieurs ouvertures petites, inégalement déchirées, qui occupaient la partie moyenne de l'arc du colon. Il existait trois petites perforations P, P (fig. 1); d'autres commençaient à se faire. La portion du colon sur laquelle se voyaient ces ouvertures était dilatée, très-amincie, blanche, non-seulement sans injection vasculaire, mais complètement exsangue, entrecoupée de quelques bandes circulaires d'un rouge noirâtre R qui occupent l'intérieur de l'intestin.

L'arc du colon ouvert, sa surface interne (fig. 2) présente absolument le même aspect que l'externe. Couleur blanche; demi-transparence, sans injection vasculaire. L'intestin, un peu dilaté, est prodigieusement aminci. On voit bien mieux encore que sur la figure 1 les perforations déjà faites PP et les perforations commençantes : il semble que toutes les tuniques, au niveau de l'amincissement, existent, mais presque complètement atrophiées, en sorte qu'il est impossible de reconnaître, à l'aide de la loupe, les tuniques muqueuse, fibreuse et musculeuse. Les bandes circulaires, d'un rouge foncé RR, semblent prouver qu'une inflammation intense a existé et peut-être précédé, et que les membranes internes ont

été détruites. Néanmoins il reste quelque chose de plus que la membrane péritonéale, et ce cas ressemble exactement à l'amincissement pur et simple sans érosion, à l'atrophie de l'intestin, que l'on rencontre fréquemment chez les enfans à la suite des maladies intestinales. Bien que très-minces et dilatées, les parois de l'ampoule du colon ont encore assez de résistance. Ce n'est point là l'amincissement qui succède au ramollissement gélatiniforme.

L'estomac (fig. 3) présentait dans sa grosse extrémité le ramollissement gélatiniforme RG, RG, RG, qui a été si bien rendu dans cette figure.

L'intestin grêle avait été légèrement affecté dans quelques-uns de ses follicules agminés, qui étaient plus saillans que de coutume. Deux ou trois petites ulcérations circulaires existaient à une petite distance de la valvule iléo-cœcale. Un bon nombre de ganglions mésentériques étaient tuméfiés, rouges; plusieurs contenaient une matière puriforme.

Réflexions. — Rien de plus fréquent que la perforation des intestins à la suite des inflammations folliculeuses aiguës qui désorganisent rapidement toutes les membranes internes, dissèquent pour ainsi dire le péritoine, lequel ne tarde pas lui-même à être perforé; un second mode de perforation, c'est le développement d'un tubercule sous-péritonéal qui fait des progrès au dedans et au dehors; un troisième c'est le ramollissement gélatiniforme des intestins; un quatrième est la gangrène; un cinquième que je ne connaissais pas encore, c'est l'amincissement ou atrophie des parois de l'intestin. Or, dans le cas actuel, la perforation ne peut être le résultat que de l'une de ces deux choses ou bien de l'amincissement ou bien du ramollissement gélatiniforme; dans l'un et l'autre cas, en effet, il y a décoloration complète des tissus, sans trace de vaisseaux qui ont disparu enveloppés dans le travail désorganisateur. Mais dans le ramollissement il y a épaississement considérable autour de la perforation dont les bords seuls sont amincis, parce que le mucus gélatineux a été entraîné. Ici il n'y a point d'épaississement, point d'aspect gélatiniforme et les parois, malgré leur excessive ténuité, ont encore beaucoup de résistance. Je dois encore noter comme insolite, dans le ramollissement gélatiniforme, la présence de bandes circulaires d'un rouge foncé RR qui semblent les débris d'une altération semblable éprouvée par toute la portion malade.

La maladie essentielle était donc bornée à une très-petite partie de l'arc du colon, à deux ou trois cellulosités. Nous ne trouvons point là les caractères anatomiques, d'une inflammation ordinaire soit phlegmoneuse, soit dysentérique, soit folliculeuse; ce n'est pas non plus le ramollissement gélatiniforme, c'est un *amincissement extrême, sans rougeur, ou plutôt avec décoloration, sans diminution notable de cohésion,* que j'appellerais volontiers *atrophie aiguë*, et qui consiste peut-être dans un travail morbide d'absorption du tissu lui-même. Les portions intermédiaires qui ont résisté présentent un tout autre caractère, celui de l'inflammation rouge. Et pourquoi ont-elles résisté? Ne serait-ce pas parce qu'elles ont subi ce travail d'inflammation?

Quoi qu'il en soit, les lésions cadavériques, rapprochées des symptômes, confirment pleinement le diagnostic et s'expliquent réciproquement.

L'affaissement, le découragement, le malaise intérieur à siége inconnu, firent soupçonner une affection grave de l'abdomen, probablement du canal intestinal. Dans la solution des problèmes aussi compliqués que ceux de la plupart des maladies internes, il est besoin quelquefois de plusieurs jours pour voir naître, au milieu de tous les autres élémens du problème, la *donnée* indispensable qui permet l'élimination de quelque inconnue. Ici cette donnée fut le dévoiement considérable. Mon attention est de suite appelée sur le gros intestin. La petitesse du pouls, le découragement toujours croissant, la sueur froide, les selles fréquentes, dénotent une affection de plus en plus grave. La contraction de l'abdomen, sans douleur notable, répond-elle à l'invasion de la péritonite? Je ne le pense pas; je rapporte la péritonite à l'époque où l'abdomen indolent, aplati jusque-là, est devenu volumineux et sensible à la pression. Enfin la

perforation date seulement du jour de la mort, du moment où le ventre s'est énormément ballonné. Il y a donc eu trois périodes dans cette maladie. Du 28 septembre jusqu'au 6 octobre, affection désorganisatrice du gros intestin, ayant pour résultat son amincissement ou atrophie aiguë; du 6 octobre au 18, péritonite; le 18 octobre, perforation.

Quant au ramollissement gélatiniforme de l'estomac, il ne s'est annoncé par aucun symptôme local, et nous verrons ailleurs qu'il en est de même toutes les fois que le ramollissement est consécutif chez l'adulte. Il me serait également difficile d'apprécier la part qu'ont prise aux symptômes et la tuméfaction des follicules agminés de Peyer, et les trois ulcérations voisines de la valvule iléo-cœcale et l'inflammation des ganglions mésentériques.

Je dois appeler l'attention des praticiens sur la *mort subite* ou *asphyxie par tympanite péritonéale,* qui a suivi la perforation du gros intestin. C'est la première fois que j'observe ce phénomène, bien que j'aie vu souvent la perforation des intestins à la suite des entérites folliculeuses. Pourquoi cette circonstance insolite? Il me semble en trouver la raison dans la différence de siége et de condition; ainsi, dans le cas actuel, c'est le colon qui a été perforé; il l'a été en plusieurs points, dans un moment où il était lui-même le siége d'une tympanite. Le malade est mort comme si une grande quantité de gaz avait été rapidement insuflée dans la cavité péritonéale. Il me semble que, si jamais la ponction peut être conseillée dans un cas de tympanite, ce doit être dans ce cas, et je crois qu'on ne devrait pas hésiter à la pratiquer.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

DU CHOLÉRA-MORBUS. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CETTE MALADIE.

(XIV[e] LIVRAISON.)

I. Il serait difficile d'ajouter aux descriptions du choléra-morbus qui nous ont été données par les médecins de l'Inde. L'histoire de l'épidémie, l'irrégularité de sa marche géographique, les différences qu'elle a présentées dans les divers lieux et aux diverses époques où elle s'est manifestée, ses causes présumées, le tableau et la valeur clinique des symptômes et des différentes méthodes thérapeutiques ont été tracés avec tant de vérité, que les observations recueillies depuis à Moscow, à Varsovie, à Vienne, à Berlin, à Londres et à Paris, n'ont fait que confirmer et présenter sous des formes nouvelles les faits consignés dans les modestes bulletins des officiers de santé de Calcutta.

II. Il ne saurait donc s'élever le plus léger doute sur l'identité absolue du choléra indien et du choléra européen : d'où la nécessité d'une cause commune grave, puissante, qui domine toutes les circonstances de race, de climats, de température, de saison et d'habitudes sociales; d'où l'opinion de l'importation de cette maladie en Europe par l'armée russe qui de l'Orient s'est précipitée sur la Pologne.

III. D'une autre part, l'identité du choléra épidémique qui désole encore une partie de l'ancien et du nouveau continent, 1° avec le choléra signalé par Hippocrate et si bien décrit par Arétée, 2° avec le choléra épidémique qui ravagea l'Europe en 1534 sous le nom de *trousse-galant*, 3° avec le choléra épidémique de 1669 et 1676, dont Sydenham nous a tracé l'histoire, ne saurait être révoquée en doute. Le plus ou le moins de gravité dans les maladies n'établit pas de différences de nature; et parfois le choléra sporadique de nos climats s'est élevé au degré d'intensité du choléra le plus manifestement épidémique (1). Il ne me paraît exister entre le choléra sporadique, que nous observons tous les ans dans les fortes chaleurs de l'été, et le choléra épidémique, d'autre différence que celle qui existe entre l'angine, la pneumonie sporadiques et l'angine et la pneumonie épidémiques; différence qui est énorme sous le point de vue de la gravité, non moins que sous le point de vue thérapeutique.

IV. A côté de cette frappante uniformité dans les descriptions médicales, preuve irrécusable de la vérité de l'observation, il règne la plus grande divergence d'opinions sur les grandes questions, soit pratiques, soit scientifiques, relatives au choléra; parce que chacun cherche à faire rentrer cette maladie dans la doctrine qu'il s'est faite ou qu'il a adoptée, et même à la présenter, en raison de sa gravité, comme le critérium de cette doctrine.

V. Ainsi le choléra est-il épidémique? est-il contagieux? Quel rang doit-il occuper dans

(1) Il y a environ quatre ans, au mois d'août, j'ai été appelé en consultation par M. le docteur Jacob, auprès d'un malade logé rue de la Jussienne, que je trouvai dans l'état de choléra bleu, sans pouls, algide, et qui succomba quelques heures après notre réunion. Ce malade était venu à Paris pour se délasser de ses affaires. Il avait pris le même jour une grande quantité de melon et une glace.

nos cadres nosologiques? Est-ce un flux, une phlegmasie, un spasme, une névrose, une asphyxie, une fièvre pernicieuse algide? Son siége est-il dans le sang, dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, dans le plexus solaire, dans le centre cérébro-spinal, dans le cœur, dans le poumon? Le traitement antiphlogistique est-il la seule ancre de salut? est-ce, au contraire, le traitement stimulant? Peut-on espérer d'arriver à un traitement spécifique? ou bien le traitement du choléra se compose-t-il de l'application rationnelle et successive des moyens les plus opposés? Voilà des questions fondamentales résolues bien diversement par les hommes de l'art. Et comme l'anatomie pathologique est invoquée à l'appui des opinions les plus divergentes, j'ai pensé qu'il serait utile de fixer par des figures exactes le tableau fugitif des altérations principales observées chez les cholériques. Les figures ont amené un texte qui se composera d'un certain nombre d'observations et de généralités qui en seront la conséquence immédiate. Les faits qui ont servi de base à ce travail ont été recueillis, pour la plupart, à l'ambulance de l'ancien Trésor, dont le service m'a été confié pendant tout le cours de l'épidémie.

On peut ranger sous trois chefs principaux toutes les maladies qui se rattachent au choléra, et qui ont été observées pendant l'épidémie.

1° Dévoiement cholérique et choléra léger.

2° Choléra moyen.

3° Choléra très grave asphyxique ou non asphyxique.

VI. Enfin, pour compléter ce tableau, il importe d'indiquer les divers phénomènes morbides observés chez un grand nombre d'individus qui, ayant échappé au choléra et même au dévoiement cholérique, n'en ont pas moins subi l'influence de la cause épidémique.

ARTICLE 1er *De l'influence épidémique sur les individus non atteints de choléra.*

I. Si nous n'avons vu échapper complétement à l'influence épidémique qu'un si petit nombre d'individus, cela tient peut-être en partie à une foule de circonstances étrangères au fond de la constitution médicale elle-même. Les affections morales de toute espèce, la frayeur, assurément trop motivée, qu'alimentait si bien la lecture quotidienne des journaux politiques, et pendant un temps la rencontre terrible de ces voitures tendues de noir, parcourant les rues et recevant dix, quinze, vingt, jusqu'à trente morts; les précautions exagérées, souvent niaises, presque toujours nuisibles, dont s'entouraient non-seulement les personnes aisées, mais encore toutes celles qui pouvaient dérober quelque chose à leurs besoins les plus pressants; tous ces moyens préservatifs exploités par le charlatanisme et accueillis par la crédulité; le régime exclusivement échauffant, officiellement proclamé, mis à l'ordre du jour, et employé dans toute sa rigueur, même par les individus soumis depuis longues années à un régime tout opposé; voilà sans doute la raison suffisante de tous ces malaises poussés quelquefois jusqu'à la syncope, de tous ces dérangements de santé convertis par la peur en un danger pressant, pour lesquels on venait nous arracher pendant la nuit aux quelques heures de sommeil que nous permettaient nos occupations, ou nous enlever à des malades dont la situation grave aurait nécessité notre présence.

II. Une circonstance qui n'a pas peu contribué à multiplier les maladies, ce sont ces instructions populaires pour le traitement du choléra, répandues dans le public par milliers et sous toutes les formes, si bien que chaque famille, pourvue des drogues prescrites, se croyait en mesure d'appliquer les remèdes au moment de l'invasion. Je ne saurais raconter ici tous les cas où, à l'apparition du plus léger malaise, d'un spasme souvent causé par la frayeur, toute la famille en émoi entourait le prétendu malade de sacs de son brûlant, l'accablait de couvertures et provoquait des sueurs excessives par des vapeurs de vinaigre

versé sur une brique chaude ou rouge : en même temps la menthe poivrée, l'ammoniaque, l'éther simple ou camphré, le laudanum étaient employés à l'intérieur avec la témérité de l'ignorance; si bien que le médecin appelé éprouvait un moment d'hésitation pour distinguer cette maladie factice d'une maladie réelle. La suppression de tous ces moyens incendiaires ne suffisait pas toujours pour en dissiper les effets.

III. L'influence épidémique, secondée par tant d'autres influences, s'est manifestée diversement : tantôt par des symptômes nerveux, tels qu'étourdissements, vertiges, sentiment de lassitude, d'engourdissement, de fourmillement; crampes, inaptitude à toute espèce de travail manuel ou intellectuel; tantôt par un accès fébrile de vingt-quatre à quarante-huit heures, par une fièvre continue sans symptômes locaux prononcés, suivie d'un malaise, d'une anorexie, qui n'ont cédé qu'au régime le plus sévère. Le plus souvent les fonctions digestives ont été troublées : en aucun autre temps, on n'a vu un plus grand nombre de malaises épigastriques, d'embarras, de spasmes pharyngien ou œsophagien, d'anorexie, de vomissements et de diarrhées bilieuses, de nausées, de borborygmes, de coliques. Obligé de donner, à la Maternité, des purgatifs dans certaines maladies puerpérales, je voyais demi-once d'huile douce de ricin provoquer des superpurgations. Beaucoup de gastrites, beaucoup d'entérites, peu graves en apparence, ont été remarquables par leur ténacité, par leur facilité à se reproduire à l'occasion de la plus simple erreur dans le régime. Plusieurs se sont terminées d'une manière fâcheuse.

IV. *Irritation de l'estomac.* J'ai vu plusieurs individus, avec ou sans fréquence dans le pouls, se plaindre d'un sentiment d'ardeur, de sensibilité, ou simplement d'embarras à l'épigastre, qu'augmentait une inspiration un peu profonde, en sorte qu'ils ne pouvaient pas respirer, en général, à fond : ils accusaient de la chaleur, de la douleur ou du malaise le long de l'œsophage et du pharynx. La soif était dirigée vers les boissons acides et froides. L'ingestion de la plus petite quantité de liquide leur faisait l'effet d'un morceau de plomb qui restait plusieurs heures sur l'estomac; en même temps, constipation, nausées, efforts de vomissements qui n'amenaient rien ou qui amenaient quelques mucosités. Une saignée générale, des sangsues à l'épigastre, des bains, l'abstinence de boissons, l'eau de Seltz à la glace, de petits morceaux de glace pris pour tout aliment et pour toute boisson, voilà les moyens qui m'ont le mieux réussi. Chez plusieurs, la langue qui était d'un rouge vif sur les bords et couverte d'un enduit saburral épais, à sa face dorsale, s'est complétement dépouillée par une sorte de desquamation. La convalescence a été longue et pénible.

V. Une forme plus intense de cette irritation gastrique est celle-ci. Angoisse continuelle dont le centre est l'épigastre, et qui tantôt se prolonge le long de l'œsophage, tantôt s'étend en cercle autour de la base du thorax; vomissements que provoquent le moindre mouvement, la moindre ingestion de liquide. La saignée, les sangsues à l'épigastre, les dérivatifs, soit à l'épigastre, soit aux extrémités inférieures, la glace, l'eau de Seltz à la glace par gorgées, et d'autres fois l'eau de poulet très chaude; dans certains cas, l'abstinence complète de boissons; dans d'autres cas, l'ingurgitation d'une très grande quantité de liquides pour opérer une sorte de lavage de l'estomac, ont été employés avec des résultats divers.

VI. *Irritation de l'intestin grêle.* Chez d'autres, c'était sur l'intestin grêle qu'avait principalement frappé l'influence épidémique : coliques ombilicales et hypogastriques légères ou fortes, permanentes ou intermittentes, dégoût ou persistance de l'appétit, mais dépérissement, sentiment de tristesse, lassitude, constipation ou selles naturelles, point de fièvre ou seulement mouvement fébrile nocturne. Le traitement antiphlogistique, tel que sangsues répétées, bains prolongés, eau de poulet pour boisson, a quelquefois échoué, et après un, deux ou trois mois de langueur, de prétendues rechutes avec ou sans cause, l'estomac ou le gros intestin, qui avaient paru intacts jusque là, manifestaient leur participation à l'irritation de l'intestin grêle, soit par les vomissements, le hoquet, l'angoisse, soit par la diarrhée : le pouls devenait fréquent, concentré, et les malades succombaient. A l'autopsie, rougeur de la muqueuse gastro-intestinale, remarquable par son étendue plus encore que par son

intensité. Il n'est peut-être aucune maladie plus insidieuse que cette inflammation subaiguë de l'intestin grêle; il n'en est pas qui exige plus de persévérance dans le traitement. Quelques praticiens m'ont assuré que l'ipécacuanha suivi de laxatifs leur avait parfaitement réussi dans des cas analogues. La stomatite survenant dans une période avancée, et résistant aux moyens accoutumés, m'a paru d'un très mauvais augure.

VII. *Irritation du gros intestin.* L'irritation du gros intestin, avec ou sans coliques, n'a pas été moins fréquente que celle de l'estomac et de l'intestin grêle : elle s'est manifestée par un dévoiement bilieux, et m'a paru en général moins difficile à détruire que les précédentes. La diète, l'eau de riz, les bains, les lavements calmants, les potions calmantes et quelques sangsues à l'anus ont suffi dans l'immense majorité des cas.

VIII. Enfin, un grand nombre d'individus antérieurement affectés de ces nuances d'irritation, connues sous le nom de gastrites ou entérites chroniques, ont éprouvé dans les symptômes une récrudescence qu'il faut attribuer en grande partie aux modifications apportées dans leur régime habituel.

ARTICLE 2. *Du dévoiement cholérique et du choléra léger.*

I. Le dévoiement ne mérite le nom de cholérique que lorsqu'il est liquide, incolore, généralement inodore ou presque inodore, semblable pour l'aspect à du petit-lait trouble ou à de l'eau de riz dans laquelle nageraient des grains morcelés.

II. Les selles cholériques sont toujours précédées d'un nombre plus ou moins considérable de selles d'abord chargées de matières fécales ou d'aliments mal digérés, puis bilieuses.

III. L'absence complète de la matière colorante de la bile n'est pas nécessaire pour caractériser des selles cholériques : il suffit de selles aqueuses et floconneuses. Il est même des choléras dans lesquels la sécrétion biliaire paraît augmentée dans la même proportion que l'exhalation intestinale. Le mot de choléra qui veut dire *flux de bile* indique que les premiers observateurs n'ont vu que des cas de ce genre. Le docteur Good a récemment proposé, malgré le pléonasme, de caractériser l'espèce bilieuse par la dénomination de choléra bilieux. C'est la forme de choléra que provoque le plus habituellement les médicaments irritants; c'est celle que nous observons le plus souvent pendant les fortes chaleurs de l'été.

IV. Les selles cholériques sont quelquefois d'une abondance excessive; c'est une véritable sueur intestinale. Les malades remplissent de pleins vases de nuit, et le liquide s'échappe à la manière d'un lavement. L'émission du liquide peut se faire avec ou sans coliques, avec ou sans épreintes. Quelquefois aux selles cholériques succèdent des selles muqueuses, sanguinolentes ou non sanguinolentes avec épreintes, comme dans la dyssenterie. Ce cas m'a paru grave; il exige de la part du médecin une surveillance très attentive.

V. Les selles cholériques présentent les caractères suivants : 1° Les flocons qui nagent dans les selles et qui se précipitent au fond du vase, ne sont autre chose que des mucosités épaissies et altérées, analogues à celles que l'on observe dans certains dévoiements dyssentériques; 2° le liquide, quelquefois aussi limpide que l'eau distillée, plus souvent trouble, qui forme la presque totalité des selles cholériques, a présenté tous les caractères physiques ou chimiques du sérum du sang. Ce fait coïncidant avec la diminution ou l'absence presque complète du sérum dans le sang des cholériques, a suggéré l'idée d'administrer des sels dans le choléra, et même de les injecter directement dans les veines.

VI. *Traitement par l'opium.* Le traitement du dévoiement cholérique est spécifique, c'est le traitement par l'opium. J'ai rencontré bien peu de dévoiements cholériques qui aient résisté à ce moyen convenablement administré. J'ai coutume de prescrire, 1° des lavements ou plutôt des injections dans le rectum, avec cinq ou six cuillerées de solution d'amidon, et quatre gouttes de laudanum de Rousseau, ou dix à douze gouttes de laudanum de Sydenham : ces lavements sont renouvelés toutes les deux ou trois heures; 2° une potion

avec eau de cannelle orgée, de menthe poivrée, de fleurs d'oranger, sirop d'éther ā̄a une once; laudan. liquide Sydenham xxv gouttes; à prendre par cuillerées toutes les heures; 3° pour boisson, eau de riz gommée en petite quantité, ou décoction blanche sans cannelle. J'ai observé qu'à moins d'idiosyncrasie, une combinaison, mélange de stimulants et de calmants opérait de biens meilleurs effets que les stimulants et les calmants isolés.

VII. *Influence de la température des lavements et des boissons.* La température des lavements et des boissons me paraît un point fondamental dans le traitement. Les lavements frais ou frappés de glace ont eu des succès qui m'ont souvent étonné. Le hasard m'avait conduit depuis long-temps à leur emploi. Dans un de ces cas de choléra sporadique que nous observons tous les ans aux mois de juillet et d'août, l'opium ayant échoué, le malade qui éprouvait un sentiment de chaleur brûlante, toutes les fois qu'il prenait un lavement tiède, imagina de prendre un lavement avec de l'eau froide; le dévoiement s'arrêta à l'instant même.

VIII. Un fait non moins important et que je dois encore au hasard, est l'efficacité des lavements pris à une température élevée. Une de mes malades avait un dévoiement cholérique très prononcé; plusieurs moyens avaient échoué. Elle prend par mégarde un lavement très chaud qui lui fait éprouver un sentiment de brûlure, le dévoiement est arrêté. On verra plus bas que j'ai utilisé ce fait dans le choléra algide.

IX. A l'opium, aux lavements frais, on associera avec succès, dans un grand nombre de cas, les sangsues à l'anus ou sur le trajet du colon, à la manière de M. Broussais, les bains émollients, les cataplasmes émollients, et quelquefois l'abstinence de toute boisson. Je n'ai employé la saignée générale que dans le cas d'indications particulières.

X. Le dévoiement cholérique a été funeste, 1° en passant à l'état chronique et en dégénérant en entérite, 2° en se transformant en choléra.

XI. Le dévoiement cholérique passé à l'état chronique ou dégénéré en entérite, doit être combattu par les moyens dirigés contre la diarrhée et l'entérite dans toute autre constitution médicale, tels que sangsues, bains émollients, potions opiacées, lavements opiacés, lavements froids, thériaque ou diascordium, administrés soit par le haut, soit par le bas, synapismes promenés sur les extrémités inférieures et quelquefois sur l'abdomen, diète absolue, traitement par la soif, décoction blanche sans cannelle pour toute boisson et pour tout aliment, et sur-tout deux vésicatoires à la partie interne des cuisses : c'est à ce dernier moyen que je rapporte en grande partie la guérison dans des cas de dévoiements chroniques très graves. Plusieurs praticiens se louent beaucoup de l'ipécacuanha à dose vomitive ou nauséeuse, de pilules avec ipécacuanha et opium, du simarouba, de l'extrait de ratanhia. Je n'ai pas eu besoin de recourir à ces moyens dont les avantages ne m'ont pas paru suffisamment démontrés dans ce cas.

XII. Le dévoiement cholérique peut être porté à son summum sans devenir choléra. Ainsi j'ai vu des dévoiements considérables avec soif vive, amaigrissement extraordinaire qui s'opérait en quelque sorte à vue d'œil, anéantissement des forces porté jusqu'à la syncope, engourdissement des membres et même crampes légères, qui se sont terminés spontanément; tandis que par opposition, nous voyons tous les jours les choléras les plus foudroyants succéder à quelques selles cholériques. J'ai vu un cas très grave de dévoiement cholérique qui fut précédé, pendant quelques jours, de diarrhée bilieuse, et suivi d'une diarrhée également bilieuse, à laquelle succéda une stomatite rebelle. Les pseudomembranes de la cavité buccale se renouvelaient incessamment, malgré l'emploi des gargarismes animés d'alun. Dans ce cas, la soif était insatiable, la bouche aride. Ce n'est qu'au bout de six semaines que le mieux s'est prononcé.

XIII. On pourrait diviser les dévoiements cholériques, 1° en ceux qui ne sont pas susceptibles de dégénérer en choléra, si bien que les erreurs dans le régime ne semblent exercer sur eux aucune influence; 2° en ceux qui paraissent n'être que les symptômes précurseurs du choléra qui se déclare malgré les soins thérapeutiques les mieux dirigés, (ces deux espèces très rares peuvent être rangées parmi les cas exceptionnels); 3° en ceux

qui, susceptibles de guérir sous l'action de moyens thérapeutiques convenablement administrés, dégénèrent par l'effet d'erreurs dans le régime : cette dernière espèce est incomparablement la plus fréquente.

XIV. Lors donc qu'on a guéri un dévoiement cholérique, on peut en général se flatter d'avoir prévenu le choléra. Je n'ai pas vu un seul dévoiement cholérique, convenablement traité dès le moment de l'invasion, qui ait dégénéré en choléra. Tous les praticiens s'accordent sur ce point, que les secours de l'art doivent être administrés immédiatement. Les journaux politiques n'auraient dû retentir que de ce conseil : « il faut appeler un médecin aussitôt qu'on éprouve la moindre indisposition, le moindre dévoiement, le moindre trouble dans les fonctions digestives : il faut surveiller même de simples borborygmes ». Ce conseil, une formule de potion et de lavements opiacés, des règles d'hygiène adaptées à la constitution et aux habitudes individuelles, voilà à quoi se sont bornées mes instructions pour les personnes qui m'honorent de leur confiance.

Ci-joint quelques observations qui compléteront le tableau que je viens de tracer du dévoiement cholérique ou choléra léger.

Dévoiement cholérique sans crampes arrêté immédiatement.

Femme Burgaud, 26 ans, porteuse de pain, est conduite à l'ambulance le 8 mai 1832, à dix heures du matin. Depuis trois heures du matin, selles continuelles liquides avec coliques. Le besoin d'aller est si pressant, que le liquide s'échappe malgré elle pendant la marche et inonde ses vêtemens. Les selles présentent tout-à-fait le caractère cholérique. Grande faiblesse dans les jambes, mais point de crampes : la soif n'est pas vive ; elle n'est pas dirigée vers les boissons froides.

Cette femme avait été portée à l'ambulance, dix jours auparavant, dans un état de syncope qui l'avait surprise dans la rue. Cette syncope reconnaissait pour cause un dévoiement considérable qu'une potion et un lavement opiacés avaient arrêté immédiatement. Depuis cette époque, la malade qui avait pourtant continué sa pénible profession, était courbaturée.

Prescription : *Diète absolue : potion gommeuse avec* viij *gouttes de laudanum de Rousseau (à prendre par cuillerées d'heure en heure. Quart de lavement frais avec amidon et* iv *gouttes de laudanum de Rousseau, toutes les deux heures. Eau de riz gommée très chaude pour boisson. Réchauffer la malade à l'aide de boules, et s'il est nécessaire à l'aide de l'appareil à vapeur.*

Les selles sont arrêtées immédiatement. La potion et les lavements ont été éloignés. La malade est sortie le troisième jour.

XV. J'établis une très grande différence entre le dévoiement cholérique avec soif, et surtout avec soif dirigée vers les boissons froides, et le dévoiement cholérique sans soif ou avec indifférence sur la température des boissons. Dans ce dernier cas, la guérison est très rapide ; dans le premier cas, elle annonce une irritation plus profonde et plus étendue.

Dévoiement cholérique très intense avec soif vive ; crampes légères. Guérison par l'opium.

Madame ....., rue Sainte-Anne, n° 27, voulant faire cesser une constipation opiniâtre, prend, le 20 avril 1832, trois pilules de Clérambourg, et le lendemain douze grains de rhubarbe. Depuis ce moment, dévoiement bilieux ; trois ou quatre selles par jour. Le 25, le dévoiement prend le caractère cholérique. Dix selles dans le jour, trois selles pendant la nuit du 25 au 26 : je suis appelé le 26. Aucun autre symptôme que des borborygmes, des selles cholériques, de la faiblesse dans les membres et de la soif.

Prescription : *Un quart de lavement avec amidon et décoction de tête de pavots. Potion gommeuse avec* viij *gouttes de laudanum de Rousseau par cuillerées. Diète absolue.*

Néanmoins, vingt selles cholériques d'une abondance extrême. Le soir, face amaigrie et altérée ; pouls affaibli ; crampes légères dans les membres ; soif vive ; sentiment de faiblesse porté jusqu'à la syncope lorsque la malade veut se mettre sur son séant.

Prescription : *Nouvelle potion gommeuse laudanisée, à prendre en deux fois. Lavement frais avec six cuillerées d'amidon et six gouttes de laudanum de Rousseau. Décoction blanche sans cannelle à prendre par cuillerées, pour boisson. Souffrir la soif. Deux synapismes aux pieds.*

Le 27, diminution ; le 28, suppression des selles. Amélioration rapide sous l'influence du traitement opiacé. Grande surveillance dans le régime, qui consiste en bouillon de poulet pour les premiers jours, puis en bouillon avec fécules. Guérison complète.

XVI. L'état typhoïde succède quelquefois au dévoiement cholérique et cède à un régime persévérant. Les plus remarquables cas de ce genre que j'aie en l'occasion d'observer, ont pour sujet deux femmes extrêmement âgées, mais d'une bonne constitution, qui furent portées à l'ambulance du trésor.

Dévoiement cholérique ; état typhoïde. Guérison.

Gabrielle Valère, âgée de 82 ans, est prise de dévoiement cholérique et transportée le 15 avril 1832 à l'ambulance. La soif est vive et dirigée vers les boissons froides. Le pouls est naturel pour la force et pour la fréquence. J'espère que, malgré son grand âge, la malade pourra échapper à une terminaison funeste.

Prescription : *Un quart de lavement à la glace avec quatre gouttes de laudanum de Rousseau, toutes les trois heures. Thériaque, un demi-gros, matin et soir. Eau de Seltz à la glace par gorgées.*

Le dévoiement résiste quelques jours, puis cède. État typhoïde, avec langue sèche et rouge, sans fréquence marquée dans le pouls : pour tout traitement, eau de Seltz, orangeade, eau de poulet; quelques synapismes promenés sur les extrémités inférieures. La lutte dura un mois, au bout duquel la malade sortit parfaitement guérie.

Dévoiement cholérique; crampes; vomissements; état thyphoïde porté au plus haut degré. Guérison.

Femme Lecomte (Françoise), 80 ans, marchande à la Halle, d'une forte santé, ne buvant jamais de vin, est portée à l'ambulance le 27 avril 1832, dans l'état suivant :

Facies naturel; langue sèche et rouge à la pointe; soif vive dirigée vers les boissons froides; pouls fréquent, résistant; point de refroidissement; crampes rares et peu douloureuses aux pieds et aux jambes; évacuations très fréquentes de matières cholériques; parfois sentiment d'étouffement; abdomen insensible à la pression ; tendance à l'assoupissement.

Commémoratifs. Malade depuis deux jours : au début, selles d'abord bilieuses, puis semblables à du petit-lait, en même temps crampes aux pieds et aux jambes; nausées suivies de vomissements glaireux. Les selles sont devenues si fréquentes que la malade dit avoir eu quarante évacuations pendant la nuit.

Prescription : *Eau de Seltz à la glace par gorgées. Un demi-lavement d'eau à la glace. Quinze sangsues à l'épigastre ; on favorisera l'écoulement du sang.*

Le 28, selles involontaires cholériques. Trois ou quatre vomissements. La malade ne se plaint d'aucune douleur autre que celle des crampes. Soif vive, toujours dirigée vers les boissons froides et abondantes. Les vomissements paraissent avoir été provoqués par des boissons prises en très grande quantité. Assoupissement.

Prescription : *Un demi-lavement à la glace matin et soir. Eau de Seltz à la glace, par gorgées. Deux synapismes en bottines autour des pieds et des jambes.*

Le 29, la langue devient sèche et rouge; stupeur; la malade se plaint d'étouffer; expectoration de crachats visqueux et verdâtres. L'exploration du thorax me démontre l'intégrité des poumons. Il paraît, d'après les commémoratifs, que la malade tousse habituellement. Soif insatiable; selles involontaires. Les synapismes de la veille, laissés trop long-temps, ont enflammé la peau.

Prescription : *Eau gommeuse glacée. Un demi-lavement d'eau glacée avec addition de* x *gouttes de laudanum de Sydenham.*

Le 30, état typhoïde aussi prononcé que possible; selles involontaires, extrêmement fétides; plaintes toute la nuit.

Prescription : *Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses. Décoction blanche. Un quart de lavement avec diascordium 1/2 gros.*

Du 1er au 9 mai, la malade me paraît dans un état désespéré : face très altérée, typhoïde : langue sèche et noire; selles involontaires; attitude désordonnée; refus des boissons; subdélirium; sons inarticulés.

Le traitement consiste en *de nouveaux vésicatoires à la partie interne des cuisses. Décoction blanche. Synapismes promenés le long des extrémités supérieures et inférieures. Thériaque, matin et soir, 1/4 lav. avec thériaque ou diascordium. Potion avec sulfate de kinine, administrée par cuillerées.*

Le 10 mai, un peu d'amélioration; la langue s'humecte; la soif est moindre et dirigée vers les boissons chaudes; la malade demande à manger.

Le mieux continue si bien que, le 19, la malade peut être transportée à la Salpêtrière, où nous avions fait solliciter une place pour elle.

XVII. Les deux observations suivantes prouveront de la manière la plus péremptoire, que la fluxion qui, dans le dévoiement cholérique, se borne à une augmentation de sécrétion, revêt le mode inflammatoire dans les cas graves pour devenir une entérite, une gastro-entérite.

Dévoiement cholérique; gastro-entérite. Mort.

Tel est le cas d'un étudiant en médecine, âgé de vingt-neuf à trente ans. Le 6 avril, il fut pris de dévoiement, auquel s'ajoutèrent quelques vomissements et des crampes légères : cet état persévera jusqu'au 12 avril, jour où il entra à l'hôpital de la Pitié. Alors, il se trouvait mieux: la face n'était point altérée; la peau était chaude; le pouls résistant. Il y avait même de l'appétit.

Le 14, malaise général; douleur à l'épigastre qui augmentait par la pression; langue rouge; soif; anorexie; point d'évacuations; les yeux s'enfoncent dans les orbites et se cernent. Le malade succombe, le 18, dans cet état adynamique, poussant des plaintes continuelles, et dans un délire sourd.

A l'ouverture, on trouva l'estomac revenu sur lui-même, ses parois extrêmement épaissies, sa face interne plissée, d'un rouge vif. C'est cet estomac qui est représenté Pl. I, fig. 2, XIVe livraison (1). La fin de l'intestin grêle était rouge, mais beaucoup moins que l'estomac.

Dans l'observation suivante, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin étaient à la fois le siége d'une inflammation.

Dévoiement cholérique; état adynamique; gastro-entérite. Mort.

Veuve Baton (Geneviève), âgée de soixante ans, entra à l'ambulance du Trésor, le 14 avril, dans l'état suivant :

Face peu altérée; soif vive dirigée vers les boissons froides; coliques ombilicales suivies d'évacuations cholériques médiocrement abondantes; nausées; vomissements de bile verte, précédés de beaucoup d'efforts; langue blanche, visqueuse; crampes rares, bornées aux muscles du pied et de la jambe; refroidissement léger de la peau; point de teinte violacée; pouls petit, à 100 pulsations.

Commémoratifs. Depuis cinq jours dévoiement cholérique peu considérable, que la malade compare à du lait caillé; depuis deux jours coliques et crampes légères.

Prescription : *Potion avec huit gouttes de laud. de Rousseau. Quart de lav. à la glace avec quatre gouttes. Eau de Seltz à la glace par gorgées. Réchauffer avec l'appareil à vapeurs alcooliques.*

Le 15. Suppression des évacuations alvines; vomissements de bile verte plus fréquents; quelques crampes; refroidissement; petitesse du pouls; malaise épigastrique; toujours appétence des boissons froides.

Prescription : *Caléfaction répétée. Dix sangsues à l'épigastre, avec ventouses. Eau de Seltz à la glace. Un quart de lavement à la glace, avec quatre gouttes de laudanum de Rousseau.*

(1) Je dois cette observation à l'obligeance de M. Andral.

Le 16. Voix altérée, vomissements moins fréquents que les jours précédents, mais hoquet ; quelques évacuations alvines ; langue sèche et rouge ; sensibilité à l'épigastre ; sentiment de constriction à la poitrine ; pouls petit, fréquent ; on essaie la *décoction de quinquina en boisson.*

Le 17. Angoisse, agitation, voix très altérée, cris plaintifs continuels, pouls peu sensible, langue toujours sèche. *Potion avec 12 grains de sulfate de quinine ; deux vésicatoires aux cuisses ; limonade édulcorée.* L'angoisse, les cris, l'agitation se prolongent jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu pendant la nuit.

Ouverture du cadavre, vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique. A l'aspect du cadavre, on n'aurait pas pu deviner que la malade a succombé au choléra.

Estomac extrêmement rétréci dans sa moitié pylorique seulement.

La surface externe du canal intestinal est très injectée ; l'injection a lieu par bandes longitudinales comme dans la péritonite. A l'intérieur, l'estomac présente du pointillé rouge dans une grande partie de son étendue.

Les intestins grêles contiennent une assez grande abondance de mucosités épaisses, grumeleuses ; teintes de bile foncée en couleur. Dans le tiers inférieur de cet intestin, la membrane interne offre une rougeur vive par arborisation. Dans les deux tiers supérieurs la couleur est naturelle.

La membrane interne du gros intestin contient des matières fécales molles, et présente dans toute son étendue des plaques rouges disséminées.

La vésicule biliaire est distendue par une bile noire et poisseuse, au milieu de laquelle on compte quarante-sept petits calculs. Le foie est gorgé de sang.

Les deux poumons sont sains, sans engouement. L'un d'eux contient beaucoup de sang.

Les cavités droites et l'oreillette gauche du cœur sont distendues par du sang liquide et quelques caillots. Le ventricule gauche contracté sur lui-même n'en contenait qu'une très petite quantité.

Cerveau sain. Plexus solaire sain.

XVIII. Le dévoiement cholérique survenant chez des individus affaiblis par l'âge, par des maladies antérieures aiguës ou chroniques, par l'accouchement, a presque toujours été funeste. Les faits suivants mettront cette vérité dans tout son jour.

Dévoiement cholérique immédiatement suivi de prostration. Mort rapide.

Madame Leduc, âgée de soixante-trois ans, hémiplégique du côté gauche depuis six ans, habite les environs de Paris, à Dammartin, et vient tous les mois rendre visite à ses enfants à Paris. Elle était à Paris depuis trois jours ; depuis deux jours elle se plaignait de coliques habituelles auxquelles on ne donne aucune attention.

Le 1er août 1832, elle prend du lait le matin, va cinq fois à la garde-robe, et néanmoins fait un second déjeuner plus copieux que de coutume. A une heure, elle est prise d'envies d'aller à la selle qui se répètent vingt-cinq fois dans l'espace de quelques heures.

Je suis appelé à cinq heures ; déjà un autre médecin avait visité la malade. Il y avait tendance au refroidissement, affaiblissement de la voix ; le pouls était peu résistant, mais d'ailleurs assez développé : la malade n'accusait aucune douleur ; point de soif ; point de vomissements : crampe légère à la jambe et aux doigts. Les selles sont abondantes et cholériques. Rien n'annonçait alors une terminaison immédiatement fâcheuse.

Prescription : *Quatre sinapismes, potion avec eau distillée de menthe poivrée et cannelle orgée, de chaque une once ; eau de laitue, deux onces ; sir. éther, une once ; Laudan. Syd., vingt-cinq gouttes ; à prendre par cuillerées. Un quart lav. avec jaune d'œuf, amidon et cinq à six gouttes de laudanum de Rousseau.*

Une demi-heure s'étant écoulée entre le commencement et la fin de ma visite, je fus surpris de l'affaiblissement qu'avait subi le pouls dans ce court intervalle.

A dix heures du soir, prostration extrême ; immobilité ; la bouche et les yeux sont ouverts ; sueur visqueuse ; pouls misérable et lent ; respiration fréquente ; extinction complète de la voix : la malade qui paraît dans un coma profond, répond très bien aux questions ; elle ne se plaint de rien autre chose que de l'extinction de la voix et des efforts qu'il lui faut faire pour articuler quelques mots. Elle a le

sentiment de sa fin prochaine et fait toutes ses dispositions avec calme. L'abdomen est volumineux, consistant; la moindre pression, et sur-tout la moindre commotion de l'abdomen produit un gargouillement qui annonce la présence d'une grande quantité de liquides. Mort une demi-heure après ma visite.

Dévoiement cholérique; pneumonie pendant le cours de laquelle survient encore le dévoiement cholérique. Mort.

Une femme qui était entrée à l'ambulance pour un dévoiement cholérique, fut prise, au moment où nous la croyions hors de danger, d'une pleuropneumonie, qui résista au traitement antiphlogistique et aux dérivatifs cutanés; les crachats étaient semblables à une bouillie sanguinolente, nullement fétide. Cependant l'état général s'améliorait, la fièvre était tombée, lorsque tout-à-coup survint un dévoiement cholérique extrêmement intense, avec prostration extrême des forces, qui l'emporta au bout de quarante-huit heures.

A l'ouverture, nous trouvâmes une rougeur légère de la muqueuse du gros intestin et de l'intestin grêle, une induration rouge dans le lobe inférieur du poumon gauche, au centre de laquelle était une espèce de foyer rempli d'une bouillie sanguinolente non fétide, entièrement semblable à la matière expectorée.

Pleuresie; accouchement; dévoiement cholérique. Mort.

Madame M. P... fut prise, dans le huitième mois de sa grossesse, d'une pleurésie, sous l'action de laquelle elle accoucha prématurément le 15 avril 1832.

Le troisième jour des couches, un dévoiement cholérique, remarquable par le nombre et l'abondance des selles, se déclare et produit en quelques heures cette altération des traits et cette émaciation qui sont caractéristiques du dévoiement cholérique très intense; mais d'ailleurs point de cyanose, point de refroidissement, point de crampes, en un mot, aucun symptôme du choléra proprement dit. L'opium par le haut et par le bas diminue les évacuations sans les arrêter complétement; les symptômes pleurétiques masqués un instant par ceux du dévoiement cholérique, reparaissent et sont remplacés par de nouvelles évacuations alvines qui emportent la malade dans un état de *marasme aigu* difficile à décrire. Il est extrêmement probable que la malade aurait résisté à l'une ou l'autre des maladies auxquelles elle a succombé. Elle eût peut-être résisté à toutes deux, sans la circonstance de l'accouchement qui imprime à l'économie une si profonde altération et lui enlève ses moyens de résistance.

Entérite chronique; accouchement; dévoiement cholérique. Mort.

Une femme grosse, à terme, était depuis six semaines sous l'influence d'un dévoiement qui avait été inutilement combattu. D'après le rapport de la malade, les matières rendues avaient, dans le principe, tous les caractères du dévoiement dysentérique (ràclure de boyaux sanguinolente). Depuis deux jours, il avait pris ceux du dévoiement cholérique, lorsque le 25 juin elle accouche naturellement d'un enfant mort. Refroidissement léger, facies cholérique sans coloration bleue; point de crampes; affaiblissement du pouls. *Potion et lavem. opiacés. Quinze sangsues sur l'épigastre.*

Le lendemain, face d'un rouge foncé offrant l'aspect étonné des cholériques arrivés à la période de réaction; la peau est chaude, le pouls lent, large, mais peu résistant; point de vomissements; pas de selles; respiration haute : la malade accuse parfois de la difficulté à respirer. Tout semblait annoncer une terminaison favorable. Mais la circonstance d'un dévoiement de six semaines, jointe à la sécheresse et à l'aspect brunâtre insolite de la langue, me font craindre une ulcération chronique du gros intestin, et en effet, la malade s'éteignit lentement au bout de huit jours, malgré le traitement le plus rationnel.

A l'ouverture, on trouva un très grand nombre d'ulcérations anciennes dans le gros intestin et dans les deux derniers pieds de l'intestin grêle.

ARTICLE 2.

Choléra moyen.

I. Tous les choléras ne présentent pas ce degré de gravité qui attaque immédiatement le principe de la vie. Il en est qui s'annoncent par des symptômes moins formidables et qui se rapprochent beaucoup des choléras sporadiques de nos climats tempérés: c'est cette forme de choléra intermédiaire au choléra le plus grave et au dévoiement cholérique, qu'on peut appeler *choléra moyen.*

II. Or, parmi les choléras moyens, les uns tendent à s'amender par l'effet d'un traitement simple et rationnel; les autres cachent un très grand danger sous une apparence de bénignité, et, dans leur marche ou rapidement ou progressivement croissante, se jouent de tous les efforts de l'art. Il semble qu'il y ait tendance à l'extinction.

III. Le choléra moyen doit donc être considéré tantôt comme une forme peu grave du choléra, tantôt comme la première période du choléra le plus grave.

IV. Le choléra moyen, comme d'ailleurs toutes les formes possibles de choléra, débute presque toujours par un dévoiement cholérique plus ou moins prolongé, plus ou moins considérable, qui s'aggrave tout-à-coup sous l'influence d'une alimentation de mauvaise qualité, ou par l'oubli de tout autre soin hygiénique. Je me rappellerai toujours le cas d'une cuisinière qui me fut envoyée par sa maîtresse pour un dévoiement qu'elle regardait comme un bénéfice de nature. J'insistai beaucoup sur les conséquences du défaut de soins; je lui prescrivis le traitement des dévoiements cholériques. Elle ne tint pas compte de mes avis. Quatre jours après, elle fut prise du choléra bleu et transportée à l'ambulance du Trésor où elle succomba au bout de quelques heures.

V. Le passage du dévoiement cholérique au choléra s'annonce par des vomissements, des crampes douloureuses dans les extrémités, une soif vive, l'angoisse épigastrique, une altération profonde dans les traits, l'enfoncement des yeux dans les orbites, l'affaiblissement notable de la voix, la tendance au refroidissement, la dépression du pouls; tous symptômes qui annoncent que la maladie n'est plus locale et que tous les centres nerveux sont simultanément et profondément affectés.

VI. Au reste, il importe beaucoup, dans l'appréciation des symptômes, de faire la part de l'état spasmodique, qui joue presque toujours un si grand rôle au début de tous les choléras, et qui donne souvent une apparence fort grave à une maladie légère quant au fond et susceptible de céder sous l'action des premiers moyens thérapeutiques.

VII. Les symptômes ci-dessus énoncés ne se présentent pas tous avec le même degré d'intensité chez tous les individus. Presque toujours il y a prédominance de l'un ou de l'autre des symptômes; souvent plusieurs manquent complétement.

VIII. La soif, l'angoisse épigastrique, la décomposition profonde des traits avec les yeux cernés et enfoncés, la petitesse du pouls, l'affaiblissement de la voix, la suppression de l'urine, la tendance au refroidissement: voilà les symptômes constants. Les selles, les vomissements et les crampes manquent au contraire dans quelques cas. Un mot sur chacun de ces symptômes.

IX. Les *selles* manquent très rarement. Leur absence m'a toujours paru de mauvais augure, parce qu'elle dénote, non une suppression du flux, mais simplement un défaut d'excrétion des produits sécrétés. Il est d'ailleurs facile de s'assurer de la présence des liquides dans les intestins, en imprimant aux parois abdominales une commotion qui détermine un glouglou analogue à celui d'une barrique incomplètement remplie, ou bien en

percutant l'abdomen qui rend un son particulier annonçant la prédominance des liquides sur les gaz. Il y a souvent épreintes comme dans la dysenterie. Il n'est pas très rare de voir des selles sanguinolentes. Plusieurs de mes malades qui ont présenté ce dernier symptôme n'en ont pas moins parfaitement guéri.

X. Les *vomissements* avec efforts plus ou moins considérables, les nausées continuelles, sont quelquefois le symptôme dominant; rarement y a-t-il absence complète de vomissements. Je n'ai pas observé dans les matières rendues par le vomissement cette constance de caractère qui est propre aux matières rendues par le dévoiement : assez souvent le liquide est vert; rarement ressemble-t-il à de l'eau de riz; d'autres fois ce sont de simples mucosités; plus souvent des matières teintes en jaune; et la présence de la matière colorante de la bile dans les vomissements ne m'a pas paru d'un aussi bon augure que dans les selles. Les vomissements alternent presque toujours avec le hoquet. En général, les choléras avec prédominance du vomissement sont moins graves qu'on ne le croit ordinairement : le hoquet même persistant pendant plusieurs jours ne m'a jamais paru dénoter un grand danger.

XI. La *suppression d'urine* est un phénomène constant dans le choléra. Elle est une conséquence et en quelque sorte l'exagération de cette loi physiologique en vertu de laquelle les sécrétions se suppléent mutuellement. Le rétablissement de la sécrétion d'urine est un signe non équivoque d'amélioration. Chez plusieurs de mes malades, la rétention d'urine a succédé à sa suppression. Presque toujours des besoins d'uriner fréquents précèdent de quelques heures et assez souvent d'un jour ou deux l'émission des urines.

XII. Les *crampes* sont peut-être le symptôme le moins constant dans le choléra; quelquefois elles dominent, et cette prédominance constitue le caractère essentiel du *choléra spasmodique*. Je dirai des crampes ce que j'ai déjà dit des vomissements, c'est-à-dire que la gravité de la maladie ne m'a paru nullement mesurée sur ce symptôme. Les crampes débutent dans les muscles des pieds, et s'étendent plus ou moins rapidement à ceux des jambes, des cuisses, de l'extrémité supérieure, aux parois abdominales, thoraciques, et aux masséters : elles sont excessivement douloureuses, plus ou moins permanentes, à la fois toniques et cloniques, pour me servir des expressions de l'Ecole, se renouvellent à des intervalles plus ou moins considérables, persistent quelquefois jusqu'au dernier moment, et d'autres fois font bientôt place au collapsus.

XIII. L'*angoisse épigastrique* est un des symptômes les plus constants. Quand on demande au malade ce qui lui fait mal, il porte la main sur l'épigastre ou sur le sternum et accuse un sentiment indéfinissable d'étouffement, de mal au cœur, d'anéantissement, quelquefois de chaleur brûlante. Un grand nombre me disait : « enlevez-moi ce que j'ai là, et je serai guéri ». Cette angoisse plus insupportable peut-être que les crampes, a pour résultat des mouvements désordonnés, des soupirs, une indifférence sur son état, le sentiment et souvent le désir d'une fin prochaine.

XIV. Le *facies* du cholérique est tellement caractéristique, qu'il suffit en général pour établir le diagnostic. Il se compose de l'enfoncement des yeux dans les orbites, de l'aspect terreux et plombé de la face lorsqu'elle n'est pas violette, de la tendance au bleuissement des lèvres et des joues, d'une rétraction douloureuse de tous les traits, comme dans le facies abdominal dont le choléra présente l'exagération, d'un amaigrissement qui étonne par sa rapidité et qui n'est qu'incomplétement expliqué par l'abondance des matières rendues, soit par les selles, soit par le vomissement.

XV. L'*affaiblissement de la voix*, qui est rauque, cassée, indique l'altération profonde apportée aux forces de la vie : sous ce point de vue, il en est du choléra comme de la hernie étranglée. La constance de ce symptôme lui a fait donner le nom de *voix cholérique*.

XVI. La *dépression du pouls* est un phénomène constant et qui me paraît mesurer beaucoup plus exactement que tous les autres symptômes, le degré de gravité de

la maladie. Les crampes et les vomissements ont une influence très prononcée sur le pouls, et j'ai vu un pouls médiocrement développé, devenir filiforme et même se suspendre immédiatement après une crampe ou un vomissement, pour se relever au bout de quelques instants. L'état du cœur est le thermomètre le plus sûr de ces forces épigastriques si bien décrites par Lacaze et Bordeu, forces qui attestent elles-mêmes l'état des viscères. C'est par le pouls que commence à se manifester la réaction, de même que c'est par lui que s'est manifestée la concentration; c'est le pouls qui fournit les indications thérapeutiques les plus importantes : lorsqu'il se supprime, non pour quelques instants, mais d'une manière permanente, le danger est imminent.

XVII. La *respiration* ne présente pas de caractère constant : elle est normale, ou précipitée; d'autres fois lente, suspirieuse, mais toujours incomplète, et n'imprime pas au sang une revivification pleine et entière : ce défaut de revivification du sang tient moins à la lésion de la respiration dans ses phénomènes mécaniques, qu'à sa lésion dans ses phénomènes vitaux.

XVIII. Le *refroidissement* ou la tendance au refroidissement est une conséquence de la concentration des forces à l'intérieur : son intensité est, en général, proportionnelle à la gravité de la maladie; dans aucune autre, il n'est porté aussi loin; c'est autre chose que le froid du cadavre : il s'accompagne ordinairement d'une sueur abondante, de lividité ou de cyanose. Le refroidissement n'atteint ses dernières limites que dans le choléra le plus grave.

XIX. Le choléra moyen, lorsqu'il ne dégénère pas en choléra asphyxique, présente deux périodes bien tranchées : 1° la *période de concentration*, 2° la *période de réaction*; celle-ci est toujours proportionnelle à la première sous le point de vue de l'intensité. Mal dirigée, la réaction peut être incomplète ou temporaire; elle peut devenir funeste. Le malade qui a triomphé de la période de concentration n'a échappé qu'à une partie des dangers de sa position.

XX. Souvent l'état adynamique ou typhoïde remplace l'état cholérique. Les malades peuvent encore résister à ces phénomènes consécutifs; mais un certain nombre succombe, et à l'ouverture, on trouve des traces non équivoques d'inflammation dans la muqueuse gastro-intestinale. Cet état adynamique ou typhoïde qui a enlevé un si grand nombre de cholériques, prétendus convalescents, a été commun à toutes les formes, à tous les degrés du choléra, depuis le simple dévoiement jusqu'au choléra algide. Il a sur-tout été funeste aux vieillards, aux individus valétudinaires, à ceux qui étaient préalablement sous l'influence d'une gastrite et entérite chroniques. Il m'a paru également qu'une thérapeutique échauffante trop long-temps continuée, pouvait, après avoir paru ressusciter la vie, favoriser ce genre de terminaison.

Les observations suivantes fourniront des exemples des principales formes que le choléra moyen peut revêtir, et du traitement que j'ai suivi dans cette terrible maladie.

Choléra moyen suivi d'une irritation gastro-intestinale très prononcée. Guérison.

M^lle^ Thévenin, élève sage-femme, âgée de vingt ans, avait le dévoiement cholérique depuis trois jours, lorsqu'elle me demanda des conseils; elle n'était point alitée et remplissait ses fonctions auprès des femmes en couche.

Prescription : Un quart de lavem. amidon. avec x gouttes de laudanum de Syd., matin et soir. Diète au bouillon. Eau de riz gommée. Les évacuations continuent.

Le lendemain 27 juin, à cinq heures du matin, syncope à la suite d'une évacuation cholérique très abondante. On administre une potion avec eau de menthe poivrée, de fleurs d'oranger, sirop d'éther, āā une once.

A la visite, altération de la face, pouls faible, refroidissement de la peau, soif vive.

Prescription : Eau de tilleul chaude pour boisson, jusqu'à ce que la malade soit réchauffée ; on la réchauffera par des moyens extérieurs. Un quart de lavem. froid, avec laud. xv gouttes, matin et soir. Douze sangsues à l'anus. Potion avec eau de cannelle orgée, de fleurs d'oranger, de sirop d'éther ãa une once, laudanum de Syd. xxv gouttes, à prendre en deux fois.

Des vomissements se déclarent quelque temps après la prise de la première moitié de potion et immédiatement après la prise de la seconde. Ils persistent toute la journée et sont précédés d'efforts considérables. Des crampes surviennent dans les pieds et dans les jambes ; froid des extrémités ; soif ardente On crut la malade en grand danger.

Des briques et des sachets chauds, sans cesse renouvelés, provoquent la sueur ; de petits morceaux de glace permanents dans la bouche, calment la soif et arrêtent le vomissement.

Le 28 au matin, les vomissements, les selles et les crampes avaient cessé. Réaction ; face d'un rouge foncé et altérée ; langue jaunâtre, à peine humectée ; voix affaiblie ; pouls peu développé, à 110 ; nulle douleur.

Prescription : Morceaux de glace. Eau de tilleul à la glace (la malade a un goût prononcé pour le tilleul). Saignée au bras, de huit onces.

Le 29, mieux sensible.

Le 30, petite toux sèche, envies de vomir, malaise, agitation, soif vive, voix toujours affaiblie, pouls petit et fréquent, sensibilité à l'épigastre, point de selles. L'inflammation de l'estomac n'est pas équivoque. Bain émollient. Quinze sangsues à l'épigastre avec ventouses.

Les symptômes de gastrite persistent tout en s'amendant graduellement les jours suivants ; l'ingestion de la moindre quantité de boisson est lourde sur l'estomac ; il y a malaise, quelquefois douleur à l'épigastre ; inappétence. L'emploi persévérant des bains et cataplasmes émollients, de l'eau de Seltz pour boisson, une ou deux applications de sangsues, l'abstinence complète de tout aliment, ont enlevé graduellement les symptômes d'irritation gastrique.

Le 15 juillet, je permets un verre de lait, le 20, un bouillon léger ; et le 26, la malade, quoique très affaiblie, put partir pour son pays.

Choléra moyen chez une femme grosse ; accouchement d'un enfant mort. Guérison.

F. . . . . . ., âgée de seize ans, au huitième mois de sa grossesse, est prise d'un dévoiement qui offre immédiatement le caractère cholérique : au bout de cinq jours, au dévoiement s'ajoutent les vomissements cholériques et les crampes ; altération profonde des traits ; yeux enfoncés et cernés ; pouls grêle et fréquent.

Prescription : Ipécacuanha, xxiv grains en trois doses. Après quoi on donne un lavem. laudanisé, une potion laudanisée.

Les contractions utérines se déclarent. Accouchement naturel d'un enfant mort depuis quelques jours. il est probable que sa mort date de l'invasion du choléra. Cessation complète des symptômes cholériques après l'accouchement.

Guérison rapide.

L'avortement ou l'accouchement m'a paru le plus souvent exercer sur le choléra une influence avantageuse.

Peu de femmes prises d'un choléra grave dans le dernier mois de la grossesse, ont accouché. La plupart sont mortes sans la moindre trace de travail. L'opération césarienne, pratiquée immédiatement après le dernier soupir, a amené un enfant mort. Plusieurs femmes qui avaient résisté au dévoiement cholérique ou au choléra à une époque plus ou moins avancée de leur grossesse, arrivées à terme, ont mis au monde tantôt un enfant vivant, tantôt un enfant putréfié. Il me paraît bien difficile qu'un choléra intense qui suspend en grande partie la circulation de la mère, ne compromette pas la vie de l'enfant.

L'observation suivante est remarquable par l'abondance et la fréquence des selles et des vomissements.

Choléra moyen avec prédominance des selles et des vomissements; plusieurs rechutes. Guérison.

J. Desportes, âgée de vingt ans, entra à l'ambulance du Trésor le 23 février 1832, sur le soir.

Commémoratifs. Depuis un mois, dévoiement variable. Depuis huit jours, dévoiement séreux considérable. Quinze selles environ dans les vingt-quatre heures; depuis trois jours, vomissements; quelques crampes dans les mollets : lorsque la malade est assise, les jambes sont agitées de mouvements involontaires.

A la visite, cinq heures après l'entrée de la malade, on me montra trois grands vases de nuit pleins de sérosité trouble, avec flocons membraneux. On venait d'appliquer *quinze sangsues à l'hypogastre*, à cause d'une douleur que la malade accusait dans cette région.

Le pouls est fort, plein, peu fréquent; la soif modérée. Oppression.

Prescription : *Saignée de deux palettes. Un quart de lav. frais avec quatre gouttes de laudan. de Rousseau, qu'on renouvellera toutes les trois heures, s'il y a lieu. Potion gommeuse avec huit gouttes de laudanum de Rousseau (la saignée a donné à peine trois onces de sang : on ne l'a ni répétée ni remplacée. Il y a autant de sérum que de coagulum).*

Le 24, à la visite du matin, l'état de la malade est de beaucoup plus grave. La face est profondément altérée, décolorée : le pouls est petit; soif excessive, insatiable, et dirigée vers les boissons glacées. douloureux; quelques crampes; selles cholériques très fréquentes, bien que la malade ait pris trois lavements opiacés. Efforts de vomissements et vomissements continuels de liquide séreux. Je lui fais prendre six gouttes de laudanum de Rousseau dans une cuillerée d'eau de tilleul : cette boisson provoque immédiatement des vomissements séreux très abondants, avec des efforts violents.

Prescription : *Quinze sangsues sur l'épigastre. Un quart de lavem. d'eau à la glace avec huit gouttes de laud. de Rousseau. Toutes les deux heures, un quart de lav. à la glace. Quatre sinapismes aux extrémités. Glace pour toute boisson.*

A la visite du milieu du jour, les selles ont diminué, mais les vomissements persistent avec des efforts considérables. La soif est insatiable; la malade se jette sur la glace qu'on lui présente avec une sorte de fureur, et en demande incessamment.

Prescription : *Essayer la potion de Rivière. Essayer un bain, si la malade peut le supporter. Vésicatoires sur les régions dorsales.*

A la visite du soir, les vomissements avec efforts n'ont pas cessé un seul instant. Point de selles. Pouls petit, fréquent.

Prescription : *Glace à l'intérieur pour toute boisson. Vessie remplie de glace sur l'estomac.*

25. Les vomissements ont été arrêtés comme par enchantement par la glace appliquée sur l'épigastre. Le pouls a pris un peu de corps; sentiment de mieux être; nulle douleur à l'épigastre; soif moins ardente.

Prescription : *Bain. Application de glace sur l'épigastre pendant demi-heure; on renouvellera cette application toutes les deux heures. Glace pour toute boisson.*

26. Le mieux continue. L'appétit commence à s'éveiller. Les jours suivants, un potage imprudemment administré renouvelle les vomissements que des sangsues sur l'estomac et sur-tout la glace à l'intérieur et à l'extérieur calment encore. Une troisième rechute eut encore lieu par suite d'erreurs dans le régime. Ce fut la dernière, et la malade convalescente fut évacuée sur un hôpital lors de la clôture de l'ambulance.

Choléra moyen très intense; crampes abdominales et latérales du tronc; vomissements; hoquet. Guérison rapide.

Verger (André), garçon-tailleur, âgé de vingt-trois ans, constitution extrêmement débile, très grêle, travaillant rue Vivienne, n° 2, à Paris depuis six mois, est apporté à l'ambulance le 17 avril 1832, dans l'état suivant :

Face cholérique, mais non violette; narines pulvérulentes; peau froide; pouls à peine appréciable; angoisse; sentiment d'étouffement; voix affaiblie; hoquets très douloureux; respiration lente; point de crampes dans les jambes, mais douleurs extrêmement vives sous les fausses-côtes; cette douleur

vient comme une crampe et provoque des cris, des mouvements désordonnés, brusques et violents. Le malade se plaint de bourdonnements d'oreille qui ne lui permettent pas de s'entendre parler.

Commémoratifs. Depuis quatre à cinq jours, coliques légères, avec évacuations alvines fréquentes, semblables à de l'eau claire ; crampes dans le poignet gauche. Hier soir, le malade a pris trois quarts de bouteille de vin chaud sucré. Point d'urine depuis hier.

Prescription : *Réchauffer avec vapeurs alcooliques. Quelques gouttes d'éther camphré dans l'eau de tilleul. Demi-lav. à 36°. Infusion de tilleul très-chaude. Cataplasmes sinapisés aux quatre extrémités. Bain que le malade ne peut supporter.*

A la visite de midi, l'état du malade s'est aggravé. Vomissements répétés de liquide verdâtre ; bâillements, hoquets; soif très vive; malaise inexprimable; face profondément altérée; yeux profonds et cernés ; lèvres violettes ; refroidissement plus grand ; crampes latérales du tronc qui le font renverser de côté.

Prescription : *Boisson à la glace. Lav. à la glace avec 6 gouttes de laud. de Rousseau. Application de glace sur le côté. Réchauffer toutes les deux heures avec vapeurs alcooliques.*

A la visite de neuf heures du soir, un peu de réaction. Peau fraîche et non froide; le pouls est moins misérable : deux selles cholériques; point d'urine ; continuelles envies de vomir.

Prescription : *Morceaux de glace dans la bouche. Demi-lav. glacé, avec quatre gouttes de laud. de Rousseau. Quinze sangsues sur l'épigastre. Aux sangsues on fera succéder la glace, si les vomissements se reproduisent. Renouveler les sinapismes aux extrémités.*

Le 18. La nuit a été mauvaise ; violents efforts pour vomir ; hoquets continuels ; traits décomposés exprimant une douleur profonde ; étouffement ; froid ; douleur vive à l'hypochondre gauche ; deux selles dans la nuit.

Prescription : *Bain tiède où il ne peut rester que dix minutes. Frictions alcooliques camphrées. Sinapismes sur le côté douloureux. Six gouttes éther camph. dans une cuillerée d'eau de tilleul. Eau de Seltz glacée pour boisson. Demi-lav. à la glace avec camphre 24 gr. Vésicatoire dorsal de huit pouces de long et trois pouces de large. Application constante de la glace sur le creux de l'estomac.*

Le 19. Mieux sensible. Les traits de la face sont moins tirés : un peu de chaleur à la peau ; pouls fréquent, un peu plus développé; nausées sans vomissement ; bâillements et hoquets rares; disparition de la douleur et des crampes à l'hypochondre gauche ; la soif est toujours vive ; sensation de chaleur brûlante dans l'abdomen. Quelques envies d'uriner sans résultat.

Prescription: *Eau de Seltz glacée. Demi-lav. glacé. Dix sangsues avec ventouses sur l'épigastre.*

Le 20. L'amélioration continue. Moiteur. Pouls développé et fréquent. Point de selles.

Prescription : *Eau de groseille froide. Demi-lavement glacé.*

Le 21 et les jours suivants, le mieux a continué ; le pouls a conservé de la fréquence pendant quelques jours. Le vésicatoire dorsal a cessé de donner au bout de huit jours. Des bains, des lavements émollients, l'eau de groseille ont suffi pour conduire à la guérison ce malade qui le 28 avait pu se faire transporter chez lui.

Dans le cas qu'on vient de lire, la rapidité de l'amélioration après la cessation des premiers accidents m'a paru remarquable. Souvent ce n'est qu'à travers une série d'accidents plus ou moins graves que la convalescence se décide. Telle est l'observation suivante qui peut servir de type à cet égard.

Choléra moyen très intense chez une femme débile ; réaction ; lutte pendant douze jours ; utilité de la méthode antiphlogistique à la suite de la réaction; convalescence pénible traversée par de nombreux accidents.

M^lle^ Hortense Emery, âgée de cinquante-quatre ans, rue Saint-Honoré, n° 266, d'une constitution débile, fait une course très fatigante le 11 juillet 1832 : elle est courbaturée le 12 : coliques avec épreintes, le 13 ; elle rend avec beaucoup d'efforts quelques mucosités, semblables, dit-elle, à du blanc d'œuf à moitié cuit. Lavement avec décoction de graine de lin et de têtes de pavot, qui supprime les selles sans enlever les coliques. Le 14, la malade se croit guérie.

Le 15, plusieurs selles liquides qui deviennent plus fréquentes après son déjeuner accoutumé, du café au lait ; elle sort néanmoins, et peut rester plusieurs heures à l'église. A deux heures, aux selles s'ajoutent

des vomissements, des crampes qui commencent à la plante des pieds et s'étendent aux mollets, puis au côté externe des cuisses. Appelé à sept heures du soir, je trouvai la malade dans l'état suivant :

Face profondément altérée, cholérique ; yeux enfoncés, cernés ; lèvres violettes ; peu de refroidissement ; voix éteinte ; et quand je lui demande ce qui l'empêche d'articuler les sons, elle me répond en rassemblant ses forces, que c'est la faiblesse d'estomac. Le pouls est petit, à 100 ; la respiration assez fréquente ; sentiment d'oppression, de malaise épigastrique, de mal au cœur.

Aussitôt qu'on cesse d'interroger la malade, ses yeux se ferment à moitié et inégalement, et pourtant elle se plaint de ne pouvoir pas dormir, bien qu'elle en ait un besoin démesuré ; quelquefois elle s'assoupit pendant un instant, et au réveil, angoisse plus grande avec crampes et vomissements.

Du reste, selles cholériques très fréquentes et souvent involontaires ; soif ardente dirigée vers les boissons à la glace ; sentiment de défaillance continuelle, auquel on cherche à remédier par la respiration de fort vinaigre que la malade ne trouve jamais assez excitant. Au moindre mouvement, crampes qui parcourent successivement les pieds, les jambes, les cuisses et les doigts. A la suite de ces crampes, le pouls est filiforme, la face s'altère plus profondement encore et devient bleuâtre.

Les facultés intellectuelles sont dans leur intégrité. La malade fait toutes ses dispositions et s'apprête à mourir, en manifestant la plus grande indifférence sur le résultat.

L'abdomen est d'un volume ordinaire, indolent, et ne résonne pas par la percussion.

Prescription : *Quatre sinapismes. Un quart de lav. à la glace avec* VI *gouttes de laud. de Rousseau, à répéter toutes les deux ou trois heures. Potion avec eau de menthe poivrée, une once, de fleurs d'oranger, une once et* XXV *gouttes de laud. de Sydenh. Eau de Seltz frappée de glace pour boisson.*

A dix heures du soir, le pouls filant sous le doigt, la tendance à l'extinction me paraissant imminente, je prescrivis *deux onces de sirop d'éther, avec demi-gros ext. gomm. rés. de quinquina, à prendre par cuillerées à café toutes les heures.*

Le 16, mêmes symptômes : soif toujours ardente ; extinction complète de la voix ; selles un peu moins fréquentes.

Vésicatoire sur la région dorsale du rachis. Un sinapisme sur l'abdomen. Quart de lav. à la glace toutes les deux heures. Une seule fois on ajoutera demi-gros de diascordium. Continuation du sirop d'éther et de l'extr. gomm. res. de quinquina qu'on alternera avec la potion laudanisée.

Le 17, réaction ; mieux sensible ; face d'un rouge foncé ; pouls plus développé ; voix moins éteinte ; soif moins insatiable quoique vive ; le sentiment d'angoisse est moindre. La malade parle avec action de sa reconnaissance, mais l'articulation des sons lui coûte beaucoup d'efforts : le hoquet en est la conséquence. Il n'y a pas eu d'urine depuis le 15.

Continuation de l'eau de Seltz pour boisson. Lavements froids. On donnera plus rarement le sirop d'éther avec extrait de quinquina et la potion laudanisée.

Le 18, face rouge vineuse : les yeux injectés et chassieux. Depuis la nuit, nausées, efforts continuels de vomissements, vomissements que provoque l'ingestion de la moindre quantité de liquide. Il y a plutôt sécheresse de la bouche que soif réelle, et il suffit, à la malade, de promener un liquide frais dans cette cavité pour se soulager. La langue présente un fond extrêmement rouge, voilé par un enduit blanc, peu épais et adhérent. Grande difficulté à articuler les sons, le hoquet se déclare à chaque fois qu'elle parle ; angoisse et sensibilité épigastriques ; battements très violents et très incommodes à l'épigastre et à la région du cœur : ces battements augmentent sur-tout lorsque la malade se réveille ; aussi fait-elle tous ses efforts pour s'empêcher de dormir. Le pouls est un peu fréquent, sans résistance : une selle depuis hier. Envies d'uriner très fréquentes que la malade ne peut satisfaire, ce que j'attribue au vésicatoire dorsal (elle n'a pas uriné depuis l'invasion).

Persuadé que la réaction a amené une inflammation gastro-intestinale, je prescris *douze sangsues à l'épigastre, un bain, de la glace sur l'épigastre, de l'eau de Seltz coupée avec de l'eau de gomme pour toute boisson qui sera prise par gorgées : suppression de toute potion.*

Le 19, la malade accuse une grande chaleur à la face qui est toujours rouge-vineuse.

Tendance au refroidissement des extrémités ; pouls fréquent, large et mou ; battements très forts à l'épigastre et au cœur, qui incommodent beaucoup la malade, et que la glace appliquée localement diminue. Soupirs ; respiration haute : nausées ; hoquets ; vomissements : cependant l'estomac supporte un peu mieux qu'hier les boissons : ce qui domine, c'est un sentiment d'anéantissement. Assoupissement léger, et au réveil, malaise, angoisse inexprimables.

Prescription : *Bain. Demi-lav. à la glace trois fois le jour. Eau de cerise pour boisson. Glace sur l'épigastre de temps en temps. Eau glacée sur le front.*

Le 20, la face moins rouge porte l'empreinte de l'angoisse et de l'affaissement. Les yeux sont chassieux; sentiment d'anéantissement général; malaise inexprimable, et parfois battement à l'estomac. Les vomissements ont cessé, mais l'ingestion des boissons cause de la douleur. Respiration haute, lente et suspirieuse; voix toujours cassée; pouls fréquent et peu développé. Deux selles en diarrhée verte, urines abondantes.

Prescription. *Huit sangsues sur l'épigastre. Le soir, une saignée de sept à huit onces.* (Le sang coagulé présente un caillot vermeil et dense et de la sérosité dans les proportions ordinaires.) *Eau de poulet pour boisson.*

Les 21, 22, 23, 24, 25 et 26, état à peu près le même. Toujours la face est anxieuse, amaigrie et profondément altérée; yeux chassieux et injectés, supination : immobilité. Toujours mal au cœur, sans envies de vomir; sentiment indéfinissable d'étouffement à l'épigastre; pouls petit, fréquent à 120 : respiration suspirieuse; voix cassée; assoupissement continuel, et cependant la malade se plaint du défaut de sommeil; soif très vive.

Prescription. *Un bain tous les jours. Cataplasmes émollients. Vésicatoire sur le creux de l'estomac. Eau de poulet, de cerises et de groseilles pour boisson.*

Le 27, un peu d'amélioration; l'angoisse a diminué, il y a plus de vie, et la malade a conscience de son mieux être. Le pouls est un peu moins grêle, un peu moins fréquent. L'eau de poulet, les bains, les cataplasmes émollients, continués avec persévérance, ont fini par triompher de la maladie, que des erreurs répétées dans le régime ont considérablement prolongée. La malade n'est bien rétablie qu'à la fin de septembre.

ARTICLE 3.

CHOLÉRA TRÈS GRAVE ASPHYXIQUE OU NON ASPHYXIQUE.

I. Le choléra très grave se présente sous deux formes bien distinctes; tantôt les malades offrent une coloration bleue comme dans la cyanose ou l'asphyxie par le gaz acide-carbonique, tantôt ils n'offrent pas cette coloration. La première forme, qui, d'ordinaire, emporte le malade avec une grande rapidité, porte le nom de *choléra bleu*, *de choléra asphyxique*, ou celui du *choléra algide*, en raison du froid glacial que fait éprouver le contact du corps du malade. Dans la seconde forme, qui n'est pas moins grave, bien qu'elle ne soit pas aussi rapidement mortelle, il y a décomposition aussi profonde des traits, mais sans coloration bleue; les contractions du cœur projettent le sang jusqu'aux extrémités de l'arbre circulatoire. Les phénomènes chimiques de la respiration s'exécutent encore en partie; le froid n'est pas algide. Nous désignons cette dernière forme sous le nom de *choléra très grave non asphyxique*.

II. Il est excessivement rare que la forme la plus grave du choléra débute sans antécédents. Je sais qu'un très grand nombre d'individus ont été surpris, par les symptômes les plus intenses, au milieu de leurs travaux habituels, dans un voyage, dans une promenade; qu'en général, c'est au milieu de la nuit ou de grand matin, à la suite d'un sommeil paisible, qu'apparaissent les premiers symptômes; mais en remontant à la source, j'ai presque toujours trouvé qu'un dérangement plus ou moins notable dans les fonctions digestives, avait précédé de plusieurs jours l'invasion du choléra.

III. Une remarque importante à faire ici, c'est que plus les prodromes ont été longs, lors même qu'ils auraient été légers, dans le cas sur-tout où il y a eu des alternatives d'augmentation et de diminution, plus l'invasion est brusque et la maladie foudroyante. On conçoit qu'une lésion préparée de longue main, doive, lorsqu'elle éclate, produire des effets bien plus graves qu'une lésion qui se déclare brusquement et sans antécédents.

IV. L'invasion du choléra asphyxique est presque toujours instantanée : tout-à-coup, à la suite de plusieurs selles, de vomissements, de crampes, ou bien en même temps que ces selles, ces vomissements, ces crampes, survient un froid glacial avec sueur visqueuse, une

coloration bleue de toute la surface du corps, et principalement de la face et des extrémités, c'est-à-dire des parties les plus riches en vaisseaux capillaires, une suppression complète ou presque complète du pouls, un assoupissement qui n'est qu'apparent et qu'interrompent des cris inarticulés arrachés par les crampes ou des soupirs exprimant l'angoisse épigastrique; le *facies cholérique* est porté au plus haut degré, on peut même dire que ce facies cholérique s'étend à toute la surface du corps.

V. La voix se voile, le cholérique rassemble toutes ses forces pour pouvoir pousser quelques sons étouffés (*voix cholérique*); une soif ardente, insatiable, dirigée vers les boissons froides, et qui se concilie avec l'humidité de la langue, tourmente incessamment le malade; une angoisse inexprimable absorbe toutes ses facultés; quand on lui demande ce qui lui fait mal, il montre l'épigastre, la partie antérieure du thorax, et repousse les couvertures; la respiration est très variable, et présente tantôt le type normal, tantôt de l'accélération ou de la lenteur; l'air expiré est froid, la cavité buccale et la langue, en particulier, sont très froides. Les urines sont supprimées; les selles nulles ou abondantes, quelquefois involontaires; le pouls ne se sent plus qu'au voisinage du cœur; les veines sont vides; si on les ouvre, il ne sort que quelques gouttes de sang contenues dans le vaisseau; bien plus, la section de l'artère brachiale, pratiquée par plusieurs chirurgiens, n'a pas été suivie d'hémorrhagie.

VI. Lorsque l'état cholérique est à son summum, le malade paraît réduit à l'état de cadavre; les yeux, en partie découverts, s'affaissent, soit par l'absorption des humeurs, soit par l'effet d'une transsudation mécanique; la sclérotique se dessèche, se parchemine au-dessous de la cornée, c'est-à-dire immédiatement au-dessus du bord libre de la paupière inférieure et dans les points où elle est en contact avec l'air extérieur; il y a immobilité absolue; le malade semble ne tenir à la vie que par un peu de circulation et par un peu de respiration qui s'exécute encore dans ses phénomènes mécaniques, mais qui est presque nulle, sous le point de vue de la revification du sang; la peau, livide, a perdu toute sa tonicité, si bien que lorsqu'on la pince, elle reste plissée absolument comme sur le cadavre.

VII. Et pourtant la vitalité est opprimée, mais non détruite; les sensations ne sont point affaiblies. Je me suis assuré qu'il n'y a jamais de surdité : si le cholérique ne répond pas à vos questions, c'est qu'il ne veut pas y répondre; l'intelligence subsiste tout entière; et si vous excitez fortement le malade, vous êtes surpris de la lucidité de ses idées. Il en est de même de ses forces musculaires. Que l'angoisse épigastrique augmente, que des crampes surviennent, qu'un besoin violent d'aller à la selle se manifeste, etc., des mouvements violents sont exécutés; le malade saute de son lit avec une vigueur qui étonne tous les assistants.

VIII. Cet état de mort apparente peut se prolonger plusieurs heures, un jour, deux ou trois jours, rarement davantage. La mort réelle le suit le plus habituellement; mais cette terminaison fatale n'est pas inévitable. La réaction vitale peut encore triompher; et nous avons vu bon nombre de cholériques revenir à la vie par une sorte de résurrection, après un jour, et même plusieurs jours d'un état désespéré.

IX. Chez un grand nombre, la réaction commence, mais elle s'éteint presqu'immédiatement; l'état asphyxique reprend le dessus. Chez d'autres, la réaction a lieu, elle est complète, salutaire; puis succède un état typhoïde ou comateux auquel le malade succombe. Enfin à la suite de la réaction peut survenir une gastro-entérite chronique qui résiste à toute espèce de traitement.

X. Je n'ai jamais vu la convalescence succéder rapidement à un état cholérique très prononcé : tous les malades que j'ai observés ont eu à traverser une période plus ou moins orageuse. Il est donc probable que dans les cas de choléra algide, si rapidement guéris, mentionnés par quelques observateurs, les phénomènes spasmodiques donnaient à des choléras légers quant au fond, une apparence de gravité.

XI. Il serait à peu près impossible d'exposer ici toutes les variétés, toutes les nuances que présente le choléra asphyxique, variétés qui tiennent tantôt à l'épidémie en elle-même, ou variétés épidémiques, tantôt à l'individu ou variétés individuelles; aussi les médecins de l'Inde ont-ils observé que dans certains lieux, dans certaines constitutions épidémiques, ici ce sont les vomissements qui dominent, là ce sont les déjections alvines; d'autres fois c'est le spasme ou l'angoisse épigastrique, un sentiment inexprimable de mal de cœur sans vomissement, de défaillance, d'étouffement, de barre ou bien de déchirement dans la poitrine. Chez certains sujets, ce sont les crampes qui constituent le principal symptôme. On voit des contractions excessivement douloureuses, d'une certaine durée, survenir au moindre mouvement, ou même sans mouvement, non seulement dans les muscles des extrémités, mais encore dans ceux du tronc, dans les muscles droits et obliques de l'abdomen, dans le diaphragme peut-être, dans le sterno-mastoïdien, les intercotaux, les masséters. Les malades poussent des cris de douleur, la crampe passe d'une partie du corps à une autre, et la mort peut les surprendre au milieu de ces contractions. On cite quelques exemples d'individus morts en deux ou trois heures, sans avoir éprouvé d'autres symptômes que des crampes excessivement douloureuses, passant successivement d'une région à une autre région.

XII. Nous avons pu noter nous-même des différences remarquables dans les diverses périodes de l'épidémie de Paris, autre chose était le choléra de l'invasion et de l'apogée, autre chose était le choléra du déclin et des deux recrudescences. Une variété bien formidable, la plus formidable de toutes, est la suivante, dont j'ai observé quelques cas, chez des personnes affaiblies par des maladies antérieures, et que les médecins de l'Inde ont vue régner épidémiquement : le malade est pris immédiatement d'un froid algide : il n'y a nulle douleur, nul vomissement : à peine deux ou trois selles liquides; la mort arrive sans la moindre réaction. Il est rare que dans le cours d'une épidémie, cette forme présente une certaine durée, et ne soit pas bientôt remplacée par une forme moins indomptable.

XIII. *Le choléra très grave non asphyxique*, porte moins immédiatement sur le principe de la vie et présente plus de prise aux agents thérapeutiques. La période de réaction si rare, au moins d'une manière franche, dans le choléra asphyxique, s'établit ici plus ou moins complétement. Les symptômes apparaissant successivement et non point simultanément comme dans le choléra asphyxique peuvent être portés jusqu'à la suppression complète du pouls, sans déterminer les phénomènes asphyxiques. Néanmoins la terminaison fatale pour être moins prompte, est à peu de choses près aussi fréquente que dans le choléra asphyxique. Dans l'une et l'autre formes de choléra, le malade ne peut échapper à la mort que par la réaction; or, il est des choléras tellement intenses, que la réaction ne saurait être provoquée par aucune espèce de moyens. La suppression complète du pouls aux radiales est regardée comme le signe certain d'une réaction impossible. Cette règle n'est pas sans exceptions : par opposition, on rencontre des cas où la réaction ne peut pas avoir lieu malgré la persistance du pouls.

Choléra asphyxique rapidement mortel; point de réaction; pour toute lésion, quantité très considérable de liquides dans les intestins; développement remarquable des follicules agminés et isolés (Pl. II, XIV, liv. I.).

Adéoda (Louis) quinze ans, vigoureusement constitué, garçon au café de Chartres, est apporté à l'ambulance le 28 avril, à dix heures du matin ; il est mort à trois heures après midi, en sorte que je n'ai pu le voir. Voici les détails très circonstanciés qui m'ont été rapportés par le docteur Cartaux, mon adjoint à l'ambulance et par MM. Mas, Séron, Maffraud, de Clareuil, etc., attachés à la même ambulance en qualité d'élèves en médecine.

A son entrée : lividité ; froid ; facies et voix cholériques ; oppression ; pouls misérable ; selles cholériques. Il peut marcher pour aller jusqu'à son lit.

Prescription : *Réchauffer par la vapeur d'alcool chaude. Demi-lavement avec IV gouttes de laudanum de Rousseau. Infusion de tilleul chaude. Synapismes aux extrémités.*

A une heure, le malade n'a pas encore pu être réchauffé. Ignorance complète de son état : il dit se trouver assez bien et espère sortir le soir.

A une heure trois quarts ; tout-à-coup, crampes dans les jambes et dans les cuisses : la respiration s'accélère ; l'altération de la face devient plus profonde ; la lividité se change en cyanose ; la conjonctive s'injecte ; le froid devient algide ; deux petites taches noires apparaissent sur la sclérotique au-dessous de la cornée.

Cet état résiste aux soins empressés que lui prodiguent les élèves et M. le docteur Cartaux, qui n'ont pas quitté le malade un seul instant. *Un fer chaud est promené sur la colonne vertébrale. Vésicatoire à l'eau bouillante sur la région du cœur.* Sueur glacée et visqueuse. Mort à trois heures cinquante minutes.

Ouverture du cadavre. Rigidité très prononcée ; la teinte violacée persiste seulement aux extrémités inférieures, aux mains et aux lèvres ; point d'emaciation notable ; couche épaisse de graisse sous la peau.

L'estomac et les intestins offrent à l'extérieur un aspect blanc opaque que je ne puis mieux comparer qu'à celui qu'ils présentent chez les individus morts pendant le travail de la digestion.

L'estomac moyennement dilaté, présente à sa face interne une couleur hortensia qui fait ressortir la blancheur des follicules gastriques, lesquels sont en grand nombre et très marqués ; (voyez fig. III, pl. 1, 14e liv.) ; dans le grand cul-de-sac est une petite plaque rouge pointillée.

L'*intestin grêle* est distendu par une quantité considérable de liquide cholérique d'une odeur fade. Six vers lombrics nagent au milieu du liquide.

La face interne de cet intestin est d'une couleur rose hortensia uniforme, qui a été parfaitement rendue sur la fig. II, pl. 2. On y voit aussi le développement prodigieux des follicules isolés et agminés ; les premiers F, F, F, ressemblent à de gros grains de petite vérole, les seconds F, P, F, P, F, P, à des plaques saillantes, gaufrées, sur plusieurs desquelles on trouvait des commencements d'érosion.

Le gros intestin contient une moindre quantité de liquide que l'intestin grêle, et ce liquide un peu plus consistant ressemble à du lait qui vient de se troubler. Même nuance de coloration dans la muqueuse du gros intestin que dans celle de l'intestin grêle ; développement un peu moindre des follicules f, f, f.

Les autres appareils d'organes qui ont été examinés avec le plus grand soin, ne présentaient rien autre chose que ce qui se voit chez tous les cholériques.

Voici les commémoratifs qui ont été recueillis après la mort d'Adéodat. Depuis quelque temps, il prenait des vermifuges. Depuis trois ou quatre jours, il avait un dévoiement léger qui ne l'empêchait pas de faire son service de garçon de café. La veille de son entrée, il était allé à pied au bois de Boulogne ; et après avoir beaucoup joué, il s'était couché sur l'herbe. En rentrant le soir, il fut pris de vives coliques, suivies d'évacuations abondantes et de quelques vomissements qui se renouvelèrent toute la nuit.

XVI. L'observation qu'on vient de lire peut servir de type pour un certain nombre de choléras, dans lesquels le phénomène dominant sous le point de vue de l'anatomie pathologique, a été une exhalation et une sécrétion folliculaire excessives de la muqueuse gastro-intestinale. La réaction n'a pas été possible. Chez Adéodat, la sécrétion avait lieu à la fois et dans le gros intestin et dans l'intestin grêle ; chez d'autres, la maladie a paru siéger tantôt dans le gros intestin seulement, tantôt dans l'intestin grêle. Quelques cholériques n'ont pas éprouvé une seule évacuation alvine, et pourtant leur gros intestin était rempli de liquide. C'est ce qu'on verra dans l'observation suivante.

Choléra asphyxique survenu dans le neuvième mois de la grossesse. Point de réaction. Mort de la mère, mort de l'enfant. Grande quantité de liquide cholérique dans le gros intestin. Couleur hortensia de la muqueuse. Intégrité de l'intestin grêle.

Julien (Elise), vingt-un ans, dans le neuvième mois de sa grossesse, est apportée à la Maternité, le 6 avril, à midi, dans l'état suivant :

Cyanose; froid de glace avec sueur froide aux extrémités; sueur chaude sur le tronc; apparence d'état comateux, interrompu par des gémissements que provoquent des crampes fréquentes; facies cholérique; yeux profondément excavés; point d'urine; *point de selles;* point de vomissements; langue froide et humide; intelligence parfaite, mais réponses difficiles à arracher; indifférence complète sur son état: *crampes et coliques*, voilà toutes les douleurs qu'elle accuse; le pouls est misérable; la respiration qui est lente, se précipite parfois avec coloration bleue plus foncée de la face; envies d'uriner; la sonde n'amène pas une goutte d'urine.

Commémoratifs. Depuis deux jours, dévoiement avec coliques et vomissements; depuis le matin du jour de son entrée, crampes, refroidissement, cyanose.

Prescription: *Potion avec sulfate kin.* 15 *grains, éther, demi-gros; lavem. avec décoction de kin., et quinze gouttes de laud. Frictions; briques chaudes; synapismes.*

A trois heures, même état; *deux moxas à la nuque, qui retirent à peine la malade de l'état de stupeur dans lequel elle est plongée. Décoction de quinquina qu'on alterne avec limon. gazeuse. Calomel, quinze grains, sulfate de kin.* 15 *grains pour* 5 *pilules.*

A quatre heures, on essaie *un bain chaud;* à peine la malade y est-elle plongée, qu'elle se soulève et se débat pour en sortir; la respiration s'accélère, la voix est forte. Au bout de quelques minutes, l'affaissement survenant, on est obligé de la retirer et on l'enveloppe de couvertures de laine bien chaudes.

La malade ne se réchauffe pas; le pouls misérable bat 150 fois par minutes; la respiration est accélérée à 50. Agitation; soif; la face paraît moins profondement altérée.

A l'agitation succède la stupeur la plus profonde; respiration accélérée, bruyante; coloration noirâtre en demi-lune de la sclérotique: Mort à neuf heures et demie du soir. L'opération césarienne pratiquée immédiatement après le dernier soupir amène un enfant mort, dont les organes sont gorgés de sang.

Ouverture du cadavre. Estomac sain; intestin grêle sain tapissé par une couche épaisse de mucosités jaunâtres; les follicules isolés et agminés sont dans l'état naturel; les gros intestins distendus par une énorme quantité de liquide inodore, semblable à de l'eau de riz; couleur hortensia uniforme de la muqueuse de ces gros intestins, absolument comme dans le cas représenté fig. II, pl. 2.

Rien de particulier dans les autres organes.

XVII. L'état de grossesse ne préserve pas du choléra: il est même probable que toutes choses égales d'ailleurs, le choléra est plus grave dans cette circonstance, la grossesse diminuant la force de réaction. La mort de l'enfant précède toujours celle de la mère. On cite l'exemple de quelques femmes grosses qui ayant résisté au choléra, sont accouchées d'un enfant mort; et il a paru que l'époque de la mort de l'enfant coïncidait avec l'époque du choléra. Par opposition, j'ai vu des femmes grosses qui avaient résisté au choléra, donner le jour à des enfans bien portans. On doit établir une très grande différence, sous le point de vue de la gravité, entre le choléra survenant chez une femme grosse, et le choléra survenant chez une femme nouvellement accouchée; l'issue de toute maladie grave et du choléra, en particulier, ne se mesure pas seulement par l'intensité de la cause, mais à la fois par l'intensité de la cause et par la force de réaction ou d'insurrection de l'organisme. Or, cette force de réaction est en quelque sorte épuisée par le travail de l'accouchement; c'est ainsi que j'ai vu périr sans crampes, sans angoisses, sans la moindre réaction, avec tendance manifeste à l'extinction, une femme en couches, qui aurait probablement résisté dans toute autre condition de l'économie; d'un autre côté, un fait bien digne de remarque, c'est que le travail de l'accouchement survenant chez les femmes cholériques arrivées au terme de leur grossesse, influe avantageusement sur la terminaison. Trois femmes à terme qui paraissaient très gravement atteintes du choléra, ayant été prises de douleurs, accouchèrent heureusement; les symptômes bien loin de s'aggraver, s'amendèrent notablement; toutes trois ont guéri.

Une conséquence de ces faits, serait la provocation de l'accouchement chez les femmes cholériques parvenues au terme de leur grossesse; cependant le fait suivant semble prouver, entre autres choses, non-seulement que le travail de l'accouchement ne saurait s'établir chez une femme gravement affectée du choléra, mais encore

que ce travail est subitement arrêté par l'invasion d'un choléra violent. Le travail de l'accouchement suppose une réaction vitale; son absence suppose l'absence de toute réaction; par cela même qu'une cholérique éprouve des douleurs utérines, son état n'est pas désespéré; joignez à cela l'apparence de gravité qui résulte du spasme de l'accouchement ajouté au spasme de la maladie.

Choléra très-grave, non-asphyxique, chez une femme à terme, dont les eaux s'étaient écoulées. Évacuations alvines et vomissements teints de bile. Réaction vive, mais passagère. État de bien-être inexprimable. Mort dans la stupeur. Travail complètement arrêté. Grande quantité de liquide cholérique dans l'intestin grêle. Intégrité de l'estomac et du gros intestin.

Moler, âgée de vingt-sept ans, troisième grossesse à terme, est apportée à la Maternité, le 7 avril 1832, neuf heures du matin.

Face cholérique; lividité; pouls petit, fréquent; crampes dans les jambes; oppression épigastrique; nausées; refroidissement des extrémités; les membranes sont rompues; il y a commencement de travail.

Commémoratifs. Il y a quinze jours, forte céphalalgie; paralysie de la langue; fièvre; saignée. Il y a trois jours, diarrhée. Dans la nuit du 6 au 7, dix à douze selles, autant de vomissements; les uns et les autres de couleur verte.

Prescription: *Réchauffer avec un fer à repasser promené sur le rachis. Frictions avec alcool camphré, ammoniaque et laudanum. Quatre synapismes aux extrémités. Potion avec eau de mélisse, de menthe*, āa *une once; de tilleul, deux onces; laudanum liq. de Sydenh.*, XXV *gouttes. Un quart de lavement avec amidon et laudanum*, XV *gouttes.*

2 heures. Réaction; la malade se réchauffe; le pouls devient fort, développé à 124; le moindre mouvement provoque des selles qui ont le caractère cholérique, mais qui sont teintes en jaune: quelques vomissements. La malade éprouve un sentiment de bien-être indicible; elle remercie avec effusion des soins qui lui sont prodigués. Je crains que cet état ne soit du narcotisme.

6 heures. La réaction n'a pas été de longue durée. Le pouls est faible, sans résistance; tendance au refroidissement; somnolence, pendant laquelle les yeux sont à demi-fermés et tournés en haut; les selles sont toujours cholériques, mais teintes en jaune.

9 heures du soir. Immobilité, stupeur interrompue par des cris causés par des crampes; pouls sans résistance; froid de la face seulement.

Le lendemain à 8 heures. Etat comateux; respiration inégale et comme convulsive; demi-lune noire de la sclérotique au-dessous de la cornée. Mort à midi, sans refroidissement. L'opération césarienne, pratiquée immédiatement après la mort, amène un enfant mort.

Le travail de l'accouchement n'a pas avancé d'un pas depuis l'invasion de la maladie; il n'y a pas eu une seule contraction utérine.

Ouverture du cadavre. Estomac sain; intestin grêle distendu par une grande quantité de liquide cholérique teint en jaune. Les parois de cet intestin sont d'un rose pâle; point de développement des follicules isolés et agminés; gros intestin sain; vésicule du fiel distendue par une bile épaisse: les autres appareils sont dans l'état où on les trouve chez tous les cholériques.

XIX. Il n'est pas rare de voir les cholériques ne manifester aucune espèce de douleur; la douleur, qui est elle-même une expression de réaction, doit cesser lorsque cette réaction est épuisée; c'est, comme on dit, le mieux de la mort. Mais le sentiment de bien être est un phénomène peu commun, dans le choléra je n'ai eu occasion de le rencontrer que dans un petit nombre de cas. Voici l'extrait d'un de ces cas: après les symptômes accoutumés de selles, de vomissements, de crampes et d'angoisses, un cholérique, âgé de trente-deux ans, fort, vigoureux, d'une exaltation d'idées qui allait jusqu'à l'enthousiasme, se trouva dans un état de bien être extraordinaire, qui fit croire aux assistans qu'il était sauvé; il était couvert d'une sueur visqueuse et chaude

qui paraissait de bon augure; mais la petitesse toujours croissante du pouls m'avertissait assez que ce mieux était trompeur; ce malheureux jeune homme offrait en même temps une exaltation excessive dans la sensibilité : le moindre bruit, le moindre déplacement dans ses couvertures lui causaient une sensation extrêmement pénible: la soif n'était pas pressante, et il prenait avec délices des boissons chaudes. Cet état de bien être était interrompu de temps à autre par des crises de crampes et d'angoisses. Il pria qu'on lui fit de la musique, et il s'éteignit en entendant quelques chants nationaux, qui lui rappelaient le lieu de sa naissance.

XX. Dans tous les cas précédens, nous n'avons trouvé aucune lésion qui puisse expliquer la mort; une couleur rose-pâle dans la muqueuse, soit de l'intestin grêle, soit du gros intestin, soit des intestins grêles et gros tout à la fois, ne saurait caractériser une inflammation ; remarquons, en outre, qu'il n'y avait nullement congestion sanguine ou stase dans les capillaires veineux. Les congestions sanguines intérieures ne sont donc pas un phénomène constant du choléra : l'état violacé ou la cyanose n'a donc pas nécessairement lieu dans les tissus intérieurs, alors qu'elle a lieu dans les tissus extérieurs. Que si on objecte que la mort a été trop rapide dans les cas précédents, pour que la congestion sanguine ait pû se maintenir; je répondrai par des faits qui constatent, d'une part, l'existence de lésions matérielles très prononcées, chez des individus qui ont succombé au bout de quelques heures, et d'une autre part, l'absence de ces mêmes lésions chez des individus qui ontvécu plusieurs jours; j'ai vu entre autres une cholérique qui était restée cinq jours dans un état d'agonie, et dont les intestins ne m'ont offert aucune lésion remarquable.

Les observations suivantes présenteront le tableau de quelques-unes des variétés que peut offrir le choléra.

Choléra mortel en sept heures, au milieu de crampes. Rougeur et plaques d'injection de la muqueuse. Développement des plaques de Peyer. Emphysème sous-muqueux.

Tissard (Jean-François) 25 ans, savoyard, extrêmement vigoureux, demeurant rue Janisson, n° 1, (Palais-Royal), dans une petite chambrée, éprouve, le 23 avril, quelques légères coliques qui ne l'empêchent pas de continuer ses occupations. — A 6 heures du soir; nausées, coliques suivies de selles cholériques, crampes, étouffements, affaiblissement de la voix, refroidissement des extrémités.

Porté à l'ambulance à minuit, il présente l'état suivant : Facies cholérique; cyanose; sueur froide; aphonie presque complète; crampes continuelles; respiration précipitée; point de pouls. On dit qu'il est allé cinq à six fois à la selle.

Quatre synapismes aux extrémités. Caléfaction à l'aide de vapeurs alcooliques. Friction avec le liniment ammoniacal camphré. A l'intérieur, quelques gouttes d'ammoniaque dans une infusion de camomille.

Le malade meurt une heure après son entrée, au milieu d'une crampe, pendant que les élèves et les infirmiers s'empressent autour de lui.

Ouverture du cadavre, 12 heures après la mort. Couleur bleue de tout le corps; rigidité dans les membres; flexion des jambes sur les cuisses, et de celles-ci sur le bassin; un peu d'écume sort de la bouche; les conjonctives sont noires d'injection, les yeux atrophiés. Aucun cadavre ne nous a présenté un aspect aussi hideux.

L'estomac contient des matières alimentaires non digérées. Emphysème sous-muqueux. Larges plaques rouges çà et là.

L'intestin grèle est rempli de liquide cholérique; emphysème sous-muqueux au commencement de l'intestin grèle; injection remarquable de la muqueuse; développement d'un nombre considérable de follicules agminés.

Gros intestin. La muqueuse injectée présente de larges plaques d'ecchymose; les follicules sont très développés; les reins sont très petits; vessie contractée; tous les vaisseaux abdominaux,

artères et veines, sont remplis d'un sang noir. Les autres appareils sont dans le même état que chez tous les cholériques.

XX. Certes, aucun choléra n'a mieux mérité le nom de spasmodique ou d'asphyxique que celui dont on vient de lire l'histoire. On conçoit, en effet, que les crampes puissent entraîner la mort, soit par leur continuité et l'excessive douleur qu'elles déterminent, soit par leur extension aux muscles de la respiration. L'emphysème sous-muqueux est-il l'indice d'un commencement d'altération cadavérique? je suis porté à le croire, bien que douze heures seulement se soient écoulées entre la mort et l'autopsie. L'injection générale de la muqueuse, les plaques rouges, le développement des follicules agminés de l'intestin grêle et des follicules du gros intestin, attestent une fluxion aussi intense que rapide, dirigée sur la muqueuse de tout le canal intestinal : c'est ainsi qu'on a vu en Pologne et ailleurs, des choléras mortels en deux heures, au milieu de crampes générales, de cris perçants arrachés par la douleur, de déchirements inexprimables dans la poitrine; mais il serait peu rationnel de rapporter la mort à la lésion anatomique, si disproportionnée aux symptômes qu'on observe dans de pareilles circonstances.

Dans l'observation suivante, les altérations seront plus prononcées.

Choléra asphyxique mortel en seize heures. Injection et plaques d'ecchymose dans la muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin.

Capet (Jean), 60 ans, demeurant rue des Écouffes, n° 20, était très bien portant le 26 avril, au soir; il se couche immédiatement après souper, comme de coutume. Il est éveillé, au milieu de la nuit, par un sentiment de gêne, de tension abdominale, qu'il attribue à des vents, auxquels il est sujet. A quatre heures du matin, il est pris d'un besoin pressant d'aller à la selle, et rend, coup sur coup, plein quatre vases de nuit, d'un liquide d'abord safrané, ensuite blanc comme du petit-lait.

Néanmoins il se lève à six heures, prend son café, et se rend, à pied, rue du Hazard-Richelieu, n° 4, pour faire son service de garçon de caisse. A peine arrivé, il vomit plusieurs fois des matières alimentaires, et rend plusieurs selles cholériques: en même temps froid, face violacée, crampes des jambes, des cuisses et des poignets. Un médecin appelé prescrit des boissons chaudes, des synapismes aux genoux et sur la région du cœur. Les vomissements et les évacuations alvines deviennent plus rares.

Porté à l'ambulance, à deux heures après midi, il présente l'état suivant :

Froid algide; cyanose; langue violette et froide; les yeux profondément enfoncés; pupilles normalement dilatées; pouls à peine perceptible; voix éteinte; respiration suspirieuse; air expiré très froid : le malade dit qu'il étouffe, il demande de l'air et prie qu'on ouvre les fenêtres. Les crampes sont très rares. Assoupissement. Les paupières recouvrent l'œil complètement : on croit que le malade est sourd, mais cette surdité n'est qu'apparente, et il répond lorsqu'on l'excite fortement: intelligence parfaite; il ne se plaint de rien, ne demande rien, pas même à boire, et pourtant il est dévoré par la soif; quand on approche un verre, il ne fait aucun mouvement ni de la tête ni des bras, mais il étend avidement ses lèvres pour le saisir. Prostration; immobilité.

Prescription : *Caléfaction par l'appareil à vapeur alcoolique. Lavement à 36°, avec six gouttes de laudanum de Rousseau. Respiration d'un air qui a traversé de l'eau chaude aromatisée avec l'essence de menthe. Infusion de tilleul très chaude. Quatre synapismes aux extrémités Vésicatoire le long du rachis.*

La caléfaction est difficilement supportée. Le malade se plaint qu'on le brûle, et néanmoins la peau ne se réchauffe pas. Quelques larmes ont coulé de ses yeux pendant l'action des moyens caléfacteurs.

Le soir, à 8 heures. Les vomissements, les selles et les crampes ont cessé entièrement; le pouls ne se sent plus aux poignets; on le trouve aux carotides, lent, faible et inégal; la respiration est haute et fréquente. Il est impossible d'exciter le malade, soit par des questions brusques et vives, soit par des pincements aussi forts que possible; l'insensibilité est complète. Cependant, l'instinct de la soif persiste,

et il alonge ses lèvres sur le verre avec lequel on essaie de lui donner à boire. Un de nos confrères du bureau de secours tente quelques gouttes de teinture de gentiane phosphorée. Mort à 10 heures, au milieu d'une crampe.

Ouverture du cadavre, 11 heures après la mort. Aspect des individus morts asphyxiés par le charbon. Rigidité cadavérique très prononcée. Froid beaucoup moins prononcé que pendant la vie; il y a même de la chaleur à l'abdomen et au thorax. Couleur verdâtre de la peau au niveau de l'arcade fémorale et au-dessus. Estomac et intestins très injectés à leur *surface extérieure*, absolument comme dans la péritonite. Leur injection ponctuée a lieu par bandes, le long du bord convexe de l'intestin. Au reste, l'injection n'est pas uniforme, elle est beaucoup moindre dans la partie de l'intestin grêle contenue dans la cavité pelvienne, que dans celle contenue dans la cavité abdominale.

L'estomac renferme une grande quantité de liquide jaunâtre, au milieu duquel nagent des flocons muqueux de même couleur. La *surface interne* est rosée et comme excavée çà et là par de petites ulcérations, ou plutôt par des ramollissements circonscrits. Le long de la grande courbure, plaque noire qu'on a pu prendre, au premier abord, pour une plaque de gangrène; autour d'elle est une légère ecchymose. Je pense que cette couleur est due à l'action de l'acide que contient le suc gastrique sur le sang infiltré dans l'épaisseur de la membrane muqueuse.

Surface interne de l'intestin grêle. Muqueuse à peine injectée dans la moitié supérieure de cet intestin. L'injection augmente peu à peu, à mesure qu'on approche de la valvule iléo-cœcale. Elle se compose, dans les trois derniers pieds de l'intestin, d'une arborisation très déliée, et de petites ecchymoses qui semblent tenir aux dernières ramifications vasculaires.

Un enduit muqueux, jaunâtre et cohérent, tapisse la première moitié supérieure de l'intestin grêle. Un enduit muqueux, plus liquide, légèrement coloré en rouge et semblable à de la lavure de chair, revêt la partie inférieure de ce même intestin.

Les follicules isolés et agminés de l'intestin grêle, sont très volumineux.

Le gros intestin présente des plaques ecchymosées plus considérables que celles de l'intestin grêle; ces plaques sont irrégulières et entourées d'arborisations : elles ont été représentées pl. II, fig. 1. Cette altération ne s'observe que dans la moitié supérieure du gros intestin. Les follicules de cet intestin sont très développés.

La vésicule biliaire est remplacée par un kyste osseux, contenant une matière d'un blanc jaunâtre, brillante, de consistance crémeuse, au milieu de laquelle se voient quelques calculs de cholestérine.

Tous les autres organes sont dans l'état commun aux cholériques. Le plexus solaire et tous les ganglions abdominaux sont parfaitement sains.

XXI. Les symptômes d'inflammation sont encore bien plus prononcés dans l'observation suivante qui fait le sujet des planches.

Choléra asphyxique. Angoisse excessive. Selles sanglantes. Mort le deuxième jour de l'entrée, et le quatrième de l'invasion. Inflammation très-considérable de l'intestin grêle et du gros intestin (pl. 1, pl. 2, pl. 3).

J. Trimbalat, âgée de trente-huit ans, cuisinière, demeurant rue des Boucheries-Saint-Honoré, est portée à l'ambulance le vingt avril, à sept heures du soir, avec deux enfants, l'une âgée de vingt-un mois, qui, comme elle, était au dernier degré de choléra, et l'autre âgée de huit mois.

Etat actuel. Froid de cadavre; cyanose; voix cassée, très pénible et comme soufflée; point de pouls; les mouvements de la respiration ne sont pas sensibles à la vue; somnolence; attitudes désordonnées; mouvements brusques; soif vive; la malade se plaint d'un sentiment d'étouffement, de chaleur brûlante dans toute la région du sternum; les crampes ont cessé.

Commémoratifs. Depuis huit jours, époque du sévrage de son enfant, diarrhée abondante sans coliques qui lui permettait de faire son ouvrage. Depuis avant-hier, coliques, mal d'estomac, dévoiement cholérique, crampes, vomissements. Avant ma visite, on avait essayé de la saigner, mais à peine avait-on pu avoir trois cuillerées de sang. *Vingt sangsues à l'anus. Quatre sinapismes aux extrémités, que la malade arrache à la première impression de douleur. Fumigations alcooliques toutes les*

deux heures. Respiration d'un air chaud, qui a traversé une infusion aromatisée avec l'essence de menthe. Infusion de tilleul très-chaude. Quart lav. à 36° avec diascordium 1 gros. Thériaque, un demi-gros dans un peu de vin. Ventouses sèches sur le creux de l'estomac et sur les hypochondres.

Point de réaction. L'état de cette femme reste presque identiquement le même pendant quarante huit heures. Insensibilité morale, telle qu'elle ne s'occupe point de son enfant qui meurt à côté d'elle, deux heures après son entrée. Toujours algidité; insensibilité du pouls; somnolence interrompue par des mouvements désordonnés; elle arrache son bonnet, se découvre toute nue, se roule aux pieds de son lit, pousse des cris plaintifs, et ne répond qu'à force d'être tourmentée. Elle supporte impatiemment la caléfaction extérieure; elle ne veut pas se prêter à aspirer les vapeurs chaudes et aromatisées (ce fut à son occasion que j'eus l'idée de faire construire une espèce de masque, qui s'adaptait autour de la bouche et du nez et auquel venait s'aboucher le tuyau de la machine à vapeur); la soif est inextinguible. Angoisses; efforts de vomissement; vomissements; quelques selles cholériques; taches brunes sur la sclérotique. *Sinapismes promenés sur toute la surface du corps. Vésicatoire le long du rachis et à la partie interne des cuisses. Sangsues et ventouses à l'épigastre. Frictions avec le liniment volatil camphré. Quart lav. à 36° avec thériaque. Thériaque par la bouche. Quelques gouttes d'éther camphré.* (*La malade ne veut pas se soumettre à l'emploi de plusieurs boutons de feu, qu'un médecin du bureau sanitaire* (M. le docteur Pouget) *me propose de lui laisser appliquer le long du rachis, assurant en avoir obtenu de bons effets dans des cas désespérés.*) *Eau de Seltz; infusion de tilleul froide ou chaude, au gré de la malade.*

Le 22, quelques heures avant la mort, la malade rendit plusieurs selles sanguinolentes : elle s'éteignit sans agonie après avoir fait effort pour se lever et descendre sur le bassin.

Ouverture du cadavre. Rigidité de tout le corps; lividité des extrémités seulement.

La sérosité du péritoine est visqueuse et file comme la synovie.

L'estomac, extrêmement contracté sur lui-même, est représenté fig. I. pl. 1, 14ᵉ liv.; sa face interne est tapissée d'une couche épaisse de mucosité très collante, très difficile à enlever, d'une couleur jaune brunâtre. Des plis longitudinaux, semblables à des valvules conniventes, occupent toute la longueur de ce viscère; la muqueuse est dans l'état naturel, excepté le long du bord libre de deux ou trois replis où elle est injectée.

La *surface extérieure* de l'intestin grêle est injectée dans les deux tiers inférieurs de sa longueur et présente des bandes ponctuées, comme dans la péritonite.

La *surface interne* de l'intestin grêle est tapissée d'une couche uniforme de mucosités blanches dans sa moitié supérieure. Sa moitié inférieure contient des mucosités sanglantes, semblables à la matière du dévoiement dysentérique.

Dépouillée de cette mucosité, la surface interne de l'intestin grêle est extrêmement injectée et présente çà et là des ecchymoses par points et par plaques rouges, pl. 3, fig. 1, cette injection qui n'est pas uniforme est si considérable, que l'intestin paraît avoir augmenté beaucoup d'épaisseur; et qu'examiné contre le jour, il présente une couleur rouge foncée, comme si toutes les tuniques étaient infiltrées de sang : aussi ce n'est que par une demi-dessiccation que nous pûmes voir une arborisation vasculaire extrêmement déliée. La fig. 2, pl. 3, représente une portion intestine demi-desséchée et vue contre le jour. Les follicules tant isolés qu'agminés n'offrent ni développement ni inflammation.

Le *gros intestin* contenait une grande quantité de mucosités sanguinolentes; ses parois étaient le siége d'un désordre très considérable. Ce désordre consistait dans une coloration rouge-noire de la muqueuse, avec de larges plaques d'ecchymose; le centre de l'altération était le rectum et l'S iliaque du colon; là, elle occupait toute la circonférence; plus haut, dans le colon descendant, elle n'occupait qu'une partie de la circonférence; au-dessus, étaient des portions d'intestin tout-à-fait saines, puis de petites plaques d'ecchymose de distance en distance : il y en avait une seule dans le cœcum. La planche 4, fig. 1, qui appartient cependant à un autre sujet, représente parfaitement l'état de cet intestin; les follicules n'étaient pas notablement développés; les autres appareils examinés avec le plus grand soin n'ont offert rien de particulier.

XXII. On ne saurait méconnaître dans l'altération du gros intestin que je viens de décrire, les caractères inflammatoires de la dysenterie. Et en effet, on a vu que la malade avait rendu, dans les dernières heures de sa vie, des selles sanguinolentes.

J'ai eu plusieurs fois occasion d'observer des selles sanguinolentes avec épreintes, symptôme omis ou non, observé par la plupart des auteurs qui se sont occupés du choléra. Jamais je ne l'ai vu plus prononcé que chez le nommé Wendel qui fut apporté à l'ambulance dans l'état asphyxique. Ce malheureux, qui n'accusait d'autre symptôme qu'une angoisse épigastrique, était pressé par des besoins très-fréquents d'aller à la selle et rendait des selles sanguinolentes et même sanglantes. Plein de courage, il se levait seul et descendait de son lit pour se mettre sur la chaise percée. Il resta trois jours dans cet état de cadavérisation, qui se conciliait avec un courage et une énergie peu commune, et s'éteignit sans que nous ayons pu enrayer en rien la marche de la maladie. A l'ouverture, je trouvai le gros intestin parsemé de plaques d'un rouge-noir, comme dans l'observation précédente; l'intestin grêle était également le siége d'une très grande inflammation, caractérisée par une coloration d'un rouge-brun uniforme résultant de l'injection des plus petits vaisseaux: cette rougeur intense au voisinage de la valvule iléo-cœcale, et dans les derniers pieds de l'intestin grêle, allait en diminuant de bas en haut. C'est le gros intestin de cet individu qui a été représenté pl. IV, fig. 1. Une rougeur interne et des plaques ecchymosées P, L, P, L, se voient çà et là dans toute la longueur du gros intestin.

De petites érosions E, E, E, entourées d'un cercle rouge, se voient au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Les selles muqueuses et sanguinolentes avec épreintes, qui sont étrangères au choléra et exclusivement propres à la dysenterie, attestent l'affinité qui existe entre le choléra et la dysenterie; et cette affinité qui n'était qu'une conjecture, est devenue pour moi une vérité démontrée depuis que j'observe la transformation qui s'opère dans l'épidémie cholérique, laquelle est insensiblement remplacée par la dysenterie. Cette transformation ne doit pas étonner, si l'on considère les traits d'analogie qui existent entre le choléra et la dysenterie, analogie dont voici les traits principaux:

1° Tous les ans, dans les fortes chaleurs de l'été, nous observons à la fois des dévoiemens cholériques, des choléras légers et la dysenterie.

2° Filtrez le dévoiement dysentérique, il restera sur le filtre, une matière tout-à-fait semblable à la dysenterie qu'on appelle blanche, en raison de la couleur des mucosités et de l'absence du sang.

3° Plusieurs cholériques ont éprouvé le ténesme, absolument comme dans la dysenterie.

4° Quelques-uns ont rendu des selles sanguinolentes, des mucosités teintes de sang; et dans le cas de mort, j'ai rencontré, dans le gros intestin, les mêmes lésions anatomiques que dans la dysenterie.

5° Enfin, quelle que soit la cause du choléra, on ne saurait révoquer en doute que cette cause ne porte plus spécialement son action sur la muqueuse gastro-intestinale, que sur les autres systèmes d'organes; et que la muqueuse du gros intestin ne soit, plus particulièrement encore que la muqueuse de l'intestin grêle, le siége de cette fluxion si rapide et si intense, qui me paraît le fait culminant de la maladie.

XXIII. J'avais entendu plusieurs de mes confrères parler d'eschares observées dans les intestins à la suite du choléra. N'ayant pas eu occasion de les rencontrer, je pouvais croire que des plaques noires ecchymosées, semblables à celles représentées fig. 1, pl. IV, avaient pu être prises pour des eschares, lorsque M. le docteur *Bouvier* m'a adressé la pièce représentée pl. V, qui met hors de doute l'existence d'eschares considérables dans certains cas.

Choléra non-algide. Mort le huitième jour. Eschares du gros intestin. Inflammation et eschares de l'intestin grêle. (Pl. V, XIV^e LIV.)

M. le docteur Clarens est appelé le 18 juillet 1832 auprès de Louise Billot, âgée de quarante-trois ans, blanchisseuse (impasse Coquenard, n° 23), qui éprouvait depuis deux jours un dévoiement auquel elle était assez sujette. Le cas parut si peu grave, que M. Clarens se borna à conseiller la diète et des boissons adoucissantes.

Le lendemain, 19. Face cholérique; refroidissement des extrémités; selles cholériques très nombreuses; vomissements; crampes dans les membres; douleurs vives à l'épigastre; oppression; soif intense; langue rouge et sèche; suppression d'urine.

Prescription : *Trente sangsues à l'épigastre. Potion antispasmodique. Glace à l'intérieur.*

20. Diminution des selles; cessation des vomissements.

21. Réaction; face colorée; assoupissement; peau chaude; pouls fréquent; selles peu fréquentes. *Vésicatoire à la région lombaire. Frictions stimulantes aux extrémités et le long du dos.*)

Délire; mouvements désordonnés pendant la nuit du 21 au 22.

22, 23 et 24. Affaissement extrême; coma profond. Toutefois, la malade donne quelques signes d'intelligence, lorsqu'elle est fortement excitée.

25. Coma plus profond; insensibilité complète; face vultueuse; pouls fort et fréquent. La malade est transportée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 8, où elle succomba dans la nuit du 25 au 26, à 1 heure du matin.

Ouverture du cadavre, 32 heures après la mort. Distension très considérable du gros intestin, et en particulier de l'arc du colon. Sa face interne est remarquable par des eschares de diverses dimensions, dont quelques-unes présentent la forme oblongue, elliptique, comme dans le cas d'entérite folliculeuse avec gangrène. Plusieurs de ces eschares ont évidemment leur siége dans les follicules.

Rien de particulier dans l'estomac ni dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle. La partie inférieure présente une plaque de Peyer énorme P,P. Un grand nombre de follicules f, f, f, escharifiés et entourés d'une injection considérable.

XXIV. Dans le cas précédent, la malade a succombé après la période de réaction. Cette période est pleine de dangers, car il faut que l'équilibre se rétablisse, que la fluxion dirigée sur le canal intestinal cesse graduellement et ne se transforme pas en phlegmasie, soit aiguë, soit chronique. L'observation qu'on vient de lire prouve que l'inflammation, suite du choléra, survenant chez des sujets qui présentent certaines conditions, peut devenir gangréneuse.

XXV. Il semble donc que plus la maladie se sera prolongée après la période de réaction, et plus les traces de l'inflammation devront être intenses. Il est rare cependant qu'il en soit ainsi; et j'ai été étrangement surpris de ne trouver en pareille occurrence, chez des individus qui avaient survécu de dix, quinze, vingt jours, qu'une injection à peine marquée de la muqueuse : tandis que lorsque la mort a été voisine de la période de réaction, les lésions anatomiques ont été très prononcées. Il semble, lorsque la maladie se prolonge, que la mort est le résultat de l'épuisement amené par la lutte, et que la réaction d'où dépend le retour à la santé, ne puisse se compléter. J'ai ouvert avec mon ami le docteur Vallerand, le corps d'un individu très vigoureux, qui ayant échappé aux accidents cholériques de concentration et de réaction, s'éteignit le septième jour : point d'altération notable, ni dans le tube digestif, ni dans aucun viscère; la muqueuse n'offrait pas d'injection remarquable : une bile jaune, verdâtre, assez analogue au méconium tapissait l'intestin grêle.

L'observation suivante peut être considérée comme le type des lésions de fonctions et d'organes, observées chez les individus qui succombent à la suite de la réaction.

Choléra asphyxique. Mieux inespéré. Mort dans la stupeur.

Opermann, âgée de 34 ans, cuisinière, demeurant passage Saint-Guillaume, n° 16, est portée à l'ambulance du Trésor, le 13 avril 1832, vers 4 heures du soir.

Depuis quelques jours, à la suite de fatigues, la malade éprouvait un sentiment de malaise et de brisement dans les membres. Depuis deux jours, coliques avec dévoiement d'abord jaunâtre, puis semblable à de l'eau de riz.

Le 12 avril, sur le soir, vomissements; crampes dans les jambes et dans les pieds; froid. Les accidents ont marché en croissant toute la nuit. A son entrée, la malade nous présente l'état suivant :

Facies cholérique porté au plus haut degré; algidité avec sueur visqueuse; cyanose; altération profonde du timbre de la voix; soif inextinguible; vomissements aqueux, à la moindre ingestion de liquide; attitude désordonnée; nausées; angoisse; étouffements; respiration inégale, lente, parfois suspirieuse; selles sanglantes; pouls imperceptible. Du reste, facultés intellectuelles intactes. Je pense que la malade ne passera pas la nuit.

Prescription : *Réchauffer par la vapeur alcoolique toutes les deux heures. Quart de lavem. chaud à 36°, qu'on renouvellera toutes les trois heures. Infusion de tilleul très-chaude. Frictions avec liniment ammoniacal camphré. Quatre grands sinapismes, deux aux pieds et aux jambes, deux aux mains et aux avant-bras; ils seront suivis d'un sinapisme sur l'abdomen. Vésicatoire de trois pouces sur dix-huit le long du rachis. Ipécac.* xij *grains, opium gommeux* ij *grains, pour quatre pilules, à prendre toutes les deux heures. Si les vomissements persistent, eau de Seltz à la glace. Petits fragments de glace dans la bouche pour toute boisson.*

Le 14. La malade vit encore, mais point d'amélioration; l'angoisse est inexprimable; efforts continuels de vomissements qui amènent des matières jaunâtres; sensation de chaleur brûlante le long du pharynx: la glace seule en fragments calme les vomissements; pouls complètement supprimé; toujours algidité avec sueur visqueuse; cyanose.

Prescription : *Dix sangsues avec ventouses sur l'épigastre. Eau de Seltz. Fragments de glace pour toute boisson. Quart de lavem. à la glace, avec solution d'amidon;* XII *gouttes laud. Syd., qu'on renouvellera toutes les trois heures. Réchauffer de temps en temps avec les vapeurs alcooliques.* Un praticien m'ayant vanté les bons effets de l'éther camphré, on essaie quelques gouttes qui sont impatiemment supportées par l'estomac.

Le 15. La face est moins livide; la peau n'est plus algide, mais seulement refroidie; plus de sueur visqueuse; le pouls reparaît, mais extrêmement petit et lent; assoupissement interrompu par des soupirs, par des mouvements désordonnés, et par la soif, qui est toujours inextinguible. Toujours efforts de vomissements; vomissement de matières jaunâtres. La malade se plaint d'étouffer, d'avoir une barre sur la poitrine : point de selles. Lorsque la malade est assoupie, les yeux injectés, chassieux, renversés en haut, et inégalement recouverts, la face profondément altérée, donnent l'image de l'agonie; mais lorsqu'on l'excite, sa face s'anime et elle répond très bien à toutes nos questions. La malade, qui n'avait pas jusqu'alors senti les sinapismes, s'en plaint beaucoup. Un peu d'espérance. La malade n'éprouve pas le sentiment du mieux.

Prescription : *Eau de Seltz à la glace pour toute boisson. Quart de lavement d'amidon glacé toutes les trois heures. Thériaque un gros, matin et soir. Sinapismes sur l'abdomen. Ventouses sèches au creux de l'estomac.*

Le 16. Réaction. La face n'est plus livide, mais rouge et foncée en couleur; chaleur générale sans sueur; le pouls est large, mais très dépressible; la voix est un peu moins altérée; sentiment de mieux. Mère de quatre enfants, pleine de courage, elle lutte, en quelque sorte, par sa force morale. Elle accuse une chaleur brûlante, qui existe profondément derrière et le long du sternum; la soif toujours ardente est calmée seulement par la glace; assoupissement continuel; les yeux sont inégalement découverts et injectés; la respiration est libre, régulière, à peu près naturelle pour la fréquence; selles cholériques fréquentes.

Prescription : *Quinze sangsues à l'épigastre avec ventouses. Quart de lavement glacé laudanisé. Compresses d'oxicrat sur la tête.*

Le 17. L'assoupissement est devenu stupeur ; réponses lentes par monosyllabes ; la malade paraît n'avoir pas connaissance de son état. Altération profonde des traits ; face colorée ; les yeux sont injectés, noyés dans la chassie, et toujours inégalement recouverts ; dents fuligineuses ; position désordonnée ; difficulté très grande à se mouvoir. Un seul sentiment survit à tous les autres, c'est celui de la soif, qui est toujours inextinguible.

Prescription : *Douze sangsues à l'épigastre. Bouteille très-chaude aux pieds. Glace sur la tête. Eau de Seltz glacée pour boisson.*

Le 18. Stupeur. Réponses tardives et incomplètes ; supination ; immobilité ; soif ardente ; hoquet ; vomissements après l'ingestion des boissons ; langue sèche et brunâtre ; respiration lente ; étouffement ; la malade repousse les couvertures ; l'abdomen est sensible à la pression.

Dix sangsues aux apophyses mastoïdes. Glace sur la tête. Deux vésicatoires aux jambes.

Le 19. Altération profonde des traits ; connaissance incomplète ; enduit fuligineux des dents et de la langue ; déglutition difficile. Mort à 2 heures du soir.

Ouverture du cadavre. Rigidité cadavérique. Le cadavre ne ressemble à ceux des individus morts du choléra que par les yeux, qui sont extrêmement caves.

L'estomac est très ample ; sa surface interne est piquetée de points rouges, comme d'ecchymoses : l'estomac représenté pl. 1, fig. 2, en donne une idée fort exacte.

Les intestins grêles sont extrêmement injectés à leur surface extérieure ; leurs parois sont tapissées par une couche épaisse de bouillie jaunâtre, qui devient sanguinolente, et même sanglante, à mesure qu'on approche de la partie inférieure de l'intestin grêle. La muqueuse est fortement injectée dans toute l'étendue de cet intestin. La rougeur va croissant de la partie supérieure à la partie inférieure.

Les gros intestins contiennent des matières fécales, qui ont à peu près la couleur et la consistance naturelles. Il n'y a de rougeur que dans le cœcum et dans la partie voisine du colon.

La vésicule du fiel est distendue.

La vessie urinaire contractée, ne contient que deux cuillerées de liquide. Le cerveau et les méninges ne présentent rien de particulier. Tous les autres organes sont sains. Le plexus solaire et les ganglions abdominaux ont été examinés avec beaucoup de soin.

XXVI. Lors donc qu'un cholérique a triomphé de la période asphyxique, il n'a échappé qu'à une partie des dangers de sa position ; ce n'est qu'à la suite d'une lutte longue, difficile, que la réaction que l'on a cherché à provoquer par toute sorte de moyens rationnels et empiriques, peut être maintenue dans de justes limites ; et cette possibilité est souvent subordonnée au genre de moyens qui ont été mis en usage dans la période de concentration ; d'où la nécessité d'une grande prudence dans l'emploi de ces moyens. Trois observations de choléras très graves, heureusement guéris, montreront quelle surveillance de tous les instants nécessite et quelle série d'indications présente cette période de réaction.

Choléra très-grave arrêté à la première période du froid et de la lividité. Assoupissement très considérable, suivi de phénomènes de chorée. Guérison.

Françoise Dudert, âgée de vingt-sept ans, domestique, d'une bonne santé habituelle, est portée à l'ambulance le 18 avril 1832, à huit heures du matin, trois heures après l'invasion.

Huit heures du matin. Face éminemment cholérique ; yeux enfoncés et cernés ; commencement de lividité ; refroidissement ; voix rauque ; soif vive ; crampes, dans l'intervalle desquelles la malade paraît assoupie, mais cet assoupissement n'est qu'apparent ; le pouls est grêle, peu fréquent ; du reste, intelligence parfaite ; la malade rend parfaitement compte de son état. Un besoin pressant d'aller à la selle se fait sentir en ma présence ; il a pour résultat un liquide cholérique.

Commémoratifs. Dévoiement peu considérable depuis trois jours. La veille du jour de son entrée, la malade avait travaillé comme de coutume ; elle dormit toute la nuit du 17 au 18. A cinq heures du matin, elle a été réveillée par des besoins d'aller, des crampes et des vomissements, suivis de défaillances ; cinq ou six selles coup sur coup.

Prescription : *Réchauffer toutes les deux heures, à l'aide de vapeurs alcooliques. Eau de Seltz à la glace. Demi-lav. à la glace avec dix gouttes laudan. de Syd. Potion avec eau de cannelle orgée, de menthe poivrée, de tilleul, de chaque une once; thériaque, demi-gros; sirop d'éther, une once, à prendre en deux fois.*

Une heure. La maladie a marché avec une très grande rapidité. La face est profondément altérée; assoupissement continuel; froid algide. Je demande à la malade si elle a froid, elle me répond qu'elle n'en a pas le sentiment, et que si elle est froide au dehors, elle brûle au dedans (c'est une des malades les plus intelligentes que j'aie soignées, et ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion d'observer que la force intellectuelle est liée à une force de résistance plus grande); le pouls est insensible; la voix éteinte; quatre selles depuis le matin; cinq ou six vomissements énormes pour la quantité; soif vive mais non exclusivement dirigée vers les boissons froides; il semble à la malade qu'elle a faim.

Prescription : *Réchauffer toutes les deux heures. (On lui donne, en ma présence, une fumigation alcoolique, qu'elle supporte avec beaucoup de peine). Thériaque, demi-gros dans du vin. Quart lav. à 36° avec huit gouttes de laudanum. Vésicatoire le long du rachis. Eau de Seltz pour boisson.*

Le 19, au matin. Un peu de réaction; chaleur naturelle; cependant la malade se plaint de chaleur excessive; sentiment d'étouffement; sueur; pouls très petit; point de vomissements; une seule selle; voix éteinte; et bien que la malade soit toujours assoupie, elle se plaint de ne pouvoir pas dormir.

Prescription : *Dix sangsues avec ventouses sur l'épigastre. Thériaque demi-gros. Quart lav. à 36° avec six gouttes laud. de Rousseau.*

Le soir, même état; plusieurs selles. Je reviens aux lavements glacés et aux boissons froides.

Le 20, la réaction est très prononcée; le pouls a de l'ampleur et prend de la résistance; il est peu fréquent; les urines qui avaient été supprimées jusqu'à ce moment ont reparu; les selles ont cessé ainsi que les vomissements; la face est rouge lie de vin; les yeux sont à demi-ouverts, chassieux, renversés en haut, injectés dans la partie qui est à découvert; somnolence dont on retire très facilement la malade, mais dans laquelle elle retombe aussitôt qu'on a cessé de lui parler.

Le 21, assoupissement irrésistible; la malade répond cependant aux questions qui lui sont adressées avec force. Je lui dis d'opposer toute sa raison, tout son courage à ce besoin de sommeil; elle me répond que cela lui est impossible. Cet état m'alarme et me rappelle des cas analogues dans lesquels la mort a suivi de près cet état comateux. *Saignée au bras, de huit onces. Compresses froides sur la tête. Sinapismes aux pieds.*

Le 22, état à peu près le même; expectation; la malade ne va à la selle que par lavements; elle urine depuis hier.

Le 23, l'assoupissement est moindre; la malade se plaint de coliques abdominales; la pression sur l'abdomen est un peu douloureuse; la respiration suspirieuse; pouls de 90 à 100°; langue sèche et rouge; grande soif. *Quinze sangsues sur l'épigastre.*

Le soir, la douleur étant manifeste à l'hypogastre. *Quinze sangsues sur cette région. Bain durant la durée duquel la glace sera maintenue sur la tête. Lavements émollients. Cataplasmes émollients.*

Le 24. Assoupissement beaucoup moindre, mais phénomènes de chorée; mouvements désordonnés et brusques qui la font sauter hors de son lit; elle demande à manger.

Le 25, diminution. Le 26, cessation des phénomènes de chorée.

Convalescence assez rapide.

XXVII. C'est dans l'état comateux ou typhoïde qu'ont succombé le plus grand nombre des malades présumés convalescents; et cependant, à l'ouverture des cadavres, à peine trouve-t-on les vestiges d'une congestion cérébrale; à peine un peu de sérosité sous-arachnoïdienne ou dans les ventricules. L'usage immodéré de l'opium dans la période asphyxique a souvent entraîné ce fâcheux résultat: on ne doit jamais oublier qu'insensible aux médications les plus énergiques, dans cet état de mort apparente, l'économie, au moment du réveil, rentrera dans les lois habituelles de la vie, et répondra non-seulement aux agents actuels, mais encore aux agents antérieurement administrés. L'absence de toute lésion dans le cerveau, doit nous rendre circonspect sur la médication à apporter dans l'état comateux : gardons-nous d'une funeste précipitation dans l'emploi des moyens énergiques; n'oublions pas, qu'après une commotion

aussi profonde de l'économie, ce n'est que peu à peu, que l'équilibre peut se rétablir. Craignons que les moyens dirigés contre tel ou tel épiphénomène, ne détruise cette force synergique de résistance, cette tendance au retour à l'ordre, qui est une des lois de l'organisation. Les phénomènes choréiques succédant, dans l'observation précédente, à l'état comateux, attestent les lésions profondes portées sur le système nerveux. Je ferai remarquer que les secours ont été administrés trois heures après l'invasion, qu'ils ont été continués avec la plus grande persévérance, que la malade n'a pas été perdue de vue un seul instant pendant le temps du danger : promptitude et continuité des secours, voilà les conditions du succès dans le traitement d'une maladie aussi promptement mortelle.

Choléra asphyxique. Amélioration lente. Convalescence très pénible.

Serrurier (Florentine), âgée de vingt-un ans, lingère, rue des Filles-Saint-Thomas, est prise du choléra le 10 avril, et portée à l'ambulance le lendemain vers midi.

Facies éminemment cholérique; froid; cyanose générale, plus prononcée à la face, aux pieds et aux mains qu'aux autres parties du corps; absence du pouls; voix presque éteinte; soif ardente, exclusivement dirigée vers les boissons froides; dégoût prononcé pour les boissons chaudes; selles nombreuses, cholériques, légèrement jaunâtres; vomissements de matières jaunâtres; suppression d'urines; étouffements; sentiment d'un feu brûlant, d'une barre à l'épigastre; facultés intellectuelles saines; pas de crampes.

Prescription : *Caléfaction à l'aide de vapeurs alcooliques. Friction avec le liniment ammoniacal. Quatre sinapismes aux extrémités. Éther camphré, donné à la dose de huit à dix gouttes de temps en temps. Thériaque, demi-gros. Quart de lavement à 36°.*

Le 12. Diminution de la cyanose et du froid; le pouls est encore insensible; sentiment de chaleur brûlante le long du sternum et d'une barre à l'épigastre; étouffements; vomissements verdâtres très considérables au moindre mouvement; selles liquides jaunâtres, tenant en suspension des flocons albumineux.

Sinapisme sur l'abdomen. Quart de lavement à 36° avec XV *gouttes laudanum. Thériaque, demi-gros. Infusion de tilleul édulcorée très chaude.*

Le 13. Point de changement notable : la malade demande à boire froid.

Le 14. Réaction depuis hier au soir; face vultueuse; le pouls peut être perçu; peau chaude; étouffements; vomissements et selles jaunâtres; assoupissement; prostration.

Boisson à la glace. Bain entier. Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses. Sinapisme sur l'épigastre.

Du 14 au 16, face toujours vultueuse; les vomissements reviennent par intervalles; le dévoiement persiste; agitation extrême; angoisse; étouffements; chaleur dans toute la longueur du sternum; soif vive; pouls fréquent; émission des urines, qui a commencé le 14.

Vingt sangsues sur l'épigastre. Bains. Lavements avec amidon et laudanum.

Du 16 au 22, même état. *Plusieurs applications de sangsues. Plusieurs bains par jour. Glace sur la tête. Eau glacée pour boisson. Lavements glacés.*

Le 22, la malade s'est fait apporter du bouillon du dehors; la fréquence dans le pouls a augmenté; la langue est devenue sèche et rouge; les vomissements ont augmenté.

Le 23, selle abondante de matières demi-molles; mais toujours somnolence; fréquence dans le pouls.

La malade s'est rétablie lentement et à l'aide du régime alimentaire le plus sévère. Elle a pu se faire transporter chez elle le 6 mai.

Choléra très grave. Promptitude des secours. Persistance du sentiment d'étouffement. Guérison.

Boïeldieu (Gilbert), âgé de vingt-ans, garçon boulanger, est pris le 5 mai 1832, d'un dévoiement assez considérable, sans crampes et sans coliques, qui lui permet de continuer son travail. Il était si bien le soir qu'il put lutter très vigoureusement avec ses camarades.

Il dort parfaitement toute la nuit : on le réveille à quatre heures du matin pour qu'il aille à son travail. Quelques instants après, cinq ou six selles; sentiment de défaillance. On lui donne une *infusion de camomille* qui le fait vomir plusieurs fois. Il est transporté à l'ambulance à 9 heures.

A son entrée, face cholérique bleuissante; refroidissement; pouls faible; crampes continuelles, très fortes et très douloureuses, qui parcourent successivement les extrémités inférieures, les muscles droits de l'abdomen, le deltoïde. Je n'ai jamais vu de crampes aussi fortes que celles du muscle droit du côté gauche. Les intersections aponévrotiques se prononçaient à travers la peau par des dépressions transversales. Soif ardente; appétence de boissons froides; selles répétées; efforts de vomissements; raucité de la voix.

Prescription : *Quatre sinapismes. Vingt sangsues sur l'épigastre, avec ventouses. Quart de lav. avec* VIII *gouttes de laud. de Rousseau. Potion avec eau de fontaine, sirop de gomme et* VIII *gouttes laud. de Rousseau* (le malade vomit la potion). *Boisson à la glace. Morceaux de glace. Lavement frais toutes les deux heures.*

On lui fit en outre, dans la journée, une petite saignée, qui amena trois onces de sang. Ce sang coagulé présente une petite quantité de sérosité, un caillot peu consistant et peu cohérent à la manière de la gelée de pommes.

Le soir, l'état du malade s'est beaucoup aggravé. Pouls extrêmement grêle ; face profondément altérée, inondée d'une sueur froide; angoisse extrême; étouffement; position désordonnée; assoupissement interrompu par des crampes, par la soif et par le besoin d'exécuter des mouvements. Le malade rapporte tout son mal à l'épigastre. Il se plaint d'un point très douloureux dans un espace intercostal. Selles cholériques fréquentes; efforts de vomissements.

Prescription : *Une grosse clef, qu'on plonge de temps en temps dans l'eau bouillante, est promenée sur l'épigastre, sur l'espace intercostal douloureux. Un bain est prescrit; le malade ne peut y rester que quinze à vingt minutes. Sangsues sur l'épigastre. Glace sur l'épigastre de temps à autre. Vésicatoire le long du rachis.*

Le 4 matin, état à peu près le même. *Sangsues avec ventouses sur l'épigastre. Glace sur l'épigastre, qu'on laissera une demi-heure et qu'on renouvellera de temps à autre.* (Le malade en prolonge l'application et prie qu'on la renouvelle plus souvent). *Glace sur la tête.*

Le 5, l'étouffement est le symptôme dominant. Respiration lente et suspirieuse; soif toujours vive. *Sirop d'éther qui calme. Bains qui étouffent et qu'on ne peut supporter que quelques minutes. Glace sur l'épigastre, qui soulage, et que le malade demande avec instance.*

Le 6, le 7. Même étouffement; même respiration. Le pouls est fréquent, petit, quelquefois grêle. Émission des urines. *Application de douze sangsues avec ventouses, qui enlèvent en partie l'étouffement.*

La nuit du 7 au 8 se passe bien. Le 8, le mieux est sensible; le pouls a pris un peu de développement et a perdu de sa fréquence. La soif est moins vive et dirigée vers les boissons chaudes. Le malade ne veut plus de bains. Les sinapismes, qui ont produit des vésicules, et le vésicatoire du rachis, donnent beaucoup.

Les jours suivants, le mieux s'est soutenu, et le malade a pu être transporté chez lui le 25.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

Il résulte des considérations générales et des faits exposés ci-dessus, que le choléra-morbus constitue une maladie spéciale, qui ne ressemble qu'à elle-même, et qui conséquemment doit occuper dans nos cadres, nosologiques, un rang proportionné à sa gravité et à son importance. Mais quel est ce rang? quelle est la nature du choléra? voilà les questions qui méritent de nous occuper.

En médecine, la nature d'une maladie est établie, autant que possible, lorsqu'on est parvenu à déterminer et son analogie et ses différences avec d'autres maladies mieux connues. Il est des maladies dont la nature est connue lorsqu'on connaît d'une manière positive les lésions anatomiques qui la constituent ou qui l'accompagnent; telles sont les phlegmasies et les lésions organiques en général; il en est d'autres dont la nature est

établie par la détermination des causes; exemple : les maladies syphilitiques, pour lesquelles les questions de siége et de lésion ne sont que des questions secondaires : la nature des autres se déduit des effets du traitement : ainsi la nature des intermittentes pernicieuses ou autres est de céder aux préparations de quinquina; la nature de la variole est d'être prévenue par le vaccin.

Toute maladie se composant d'un grand nombre d'éléments divers, il importe de ne point s'attacher exclusivement à tel ou à tel de ces éléments, sous peine de tomber dans les plus graves erreurs. En appliquant ce principe au choléra, nous allons l'étudier successivement sous le rapport de son anatomie pathologique, de ses causes, de ses symptômes et de sa thérapeutique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

1° *État extérieur du cadavre.*

L'aspect du cadavre des cholériques morts pendant la période bleue, diffère peu de celui que présentent les malades arrivés à cette période, où ils sont en quelque sorte cadavérisés, comme on l'a dit énergiquement. On raconte même que cette similitude a donné lieu à de déplorables erreurs.

Les muscles sont dans un état de rigidité, telle, que je l'ai comparée à celle du corps des suppliciés. On ne voit que rarement ces attitudes demi-fléchies et désordonnées, que l'on a figurées comme étant propres aux cholériques; une seule fois, la mort ayant surpris un cholérique pendant les crampes les plus violentes et les plus générales, les doigts restèrent convulsivement écartés et les extrémités supérieures et inférieures demi-fléchies.

Le facies cholérique reste empreint sur le cadavre, si bien qu'il est ordinairement facile de diagnostiquer la maladie d'après la seule inspection du corps. Le globe de l'œil, que nous avons vu rapetissé dans les derniers instants de la vie du malade, est affaissé et flétri, comme chez les sujets de nos amphithéâtres, qui ont plusieurs jours d'ancienneté : la dessiccation de la sclérotique, qui avait commencé sur le vivant, se continue sur le cadavre, et occupe toute la portion du globe de l'œil qui est en contact avec l'air, d'où la demi-lune noire qui cerne la moitié inférieure de la cornée : c'est sans doute à la présence de l'humeur aqueuse, qui baigne sa face postérieure, que la cornée doit le privilége de ne pas participer à la dessiccation.

La teinte bleuâtre de la peau est moins foncée et moins générale que sur le vivant; la face et les extrémités conservent seules la cyanose cholérique; on dirait d'un individu mort asphyxié par le gaz acide carbonique. Une fois j'ai vu les extrémités supérieures tellement livides, qu'un médecin, d'ailleurs instruit, crut d'abord que ces extrémités étaient gangrénées.

Le froid de la peau est moins intense sur le cadavre que sur le vivant, ce qui tient en grande partie à l'absence de cette sueur visqueuse qui inonde la peau pendant la dernière période du choléra : chez plusieurs sujets, au bout de dix-huit heures, la chaleur du tronc s'était maintenue à peu près, comme dans l'asphyxie.

La putréfaction du cadavre est lente, comme chez tous les sujets épuisés de sang. La putréfaction du canal alimentaire, est au contraire très rapide, comme dans tous les cas de congestion sanguine considérable sur les organes digestifs.

2° *Du canal digestif dans le choléra.*

Couleur légèrement violacée de la muqueuse buccale, pharyngienne et œsophagienne; développement des follicules œsophagiens.

Péritoine. Sécheresse de la surface libre du péritoine; viscosité du liquide sécrété, si bien, que lorsqu'on écarte les circonvolutions intestinales, on voit assez souvent se former des filaments, à la manière de la synovie, entre les doigts qu'on écarte.

Dans un grand nombre de cas, la surface extérieure de l'estomac et des intestins est remarquable par sa couleur violacée. Il y a cyanose du péritoine aussi bien que de la peau : souvent j'ai vu le péritoine parcouru par des bandes d'injection ponctuée, dirigées suivant la longueur de l'intestin, absolument comme dans la péritonite, en sorte, que pour constituer tous les caractères anatomiques de la péritonite, il ne manquait que le liquide séro-purulent, purulent ou pseudo-membraneux. Ce fait m'a rendu moins inexplicable un cas de péritonite qui a été observé chez un cholérique, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bailly.

Estomac. Je l'ai vu plusieurs fois fortement contracté sur lui-même, le grand cul-de-sac presque complétement effacé, comme chez un carnassier (voy. planche I, fig. 1, XIV livr.); dans d'autres cas, la contraction était bornée à la portion pylorique; d'autres fois enfin, l'estomac avait son ampleur accoutumée.

Le *liquide* contenu dans l'estomac était variable pour la quantité et pour la qualité : le plus souvent je l'ai trouvé limpide, jaunâtre ou verdâtre, mêlé de flocons albumineux. Dans les estomacs contractés, il n'y avait pas une goutte de liquide, mais leur face interne était enduite d'une couche épaisse très adhérente de mucosités.

La *muqueuse gastrique* m'a paru en général moins fréquemment et moins vivement affectée que la muqueuse intestinale; souvent elle était dans l'état le plus naturel. Dans d'autres cas, les follicules gastriques étaient très développés, et ce développement s'observait tantôt au voisinage du pylore, tantôt au voisinage de l'œsophage, quelquefois dans toute l'étendue de l'estomac: la disposition de ces follicules a été très bien rendue fig. 3, pl. I, XIV liv. Sous le rapport de la couleur, la muqueuse était quelquefois pâle (voyez même figure), d'autres fois rosée, uniformément injectée; chez quelques individus, c'était une rougeur ponctuée, disposée par plaques, par bandes, le long du bord libre des plis longitudinaux de la membrane muqueuse; quelquefois on trouvait des ecchymoses circonscrites; enfin il est des estomacs qui présentaient dans une plus ou moins grande étendue, et quelquefois dans toute leur étendue (fig. 2, pl. I.), des traces non équivoques de la plus vive inflammation. Je dois faire remarquer ici, que ces traces d'inflammation de l'estomac ont été le plus souvent observées chez des individus qui ont succombé aux accidents consécutifs du choléra.

Intestin grêle. Quelquefois fortement contracté sur lui-même, dans une étendue considérable; dans d'autres cas, étranglé de distance en distance. J'ai noté quelques cas d'invagination sans trace aucune d'inflammation.

Les *liquides* contenus, présentent des variétés non moins nombreuses, et pour la qualité et pour la quantité, que les liquides de l'estomac.

Chez un certain nombre d'individus morts dans la période bleue, j'ai trouvé l'intestin rempli et même distendu par une énorme quantité de liquide cholérique; plusieurs avaient eu ce qu'on appelle le choléra sec. La femme Breton, portière, qui perdit son mari du choléra le 15 avril, fut prise le 16, à midi, et mourut en douze heures: le liquide contenu dans l'intestin grêle avait une couleur rosée, évidemment due à la matière colorante du sang; la muqueuse était tapissée par une couche épaisse de mucosités rougeâtres. Lorsque le cholérique résiste à la période bleue et succombe plus ou moins long-temps après la réaction, on ne trouve plus de liquides, mais à leur place une matière pultacée, plus ou moins abondante, jaunâtre, verdâtre, que je ne puis mieux comparer qu'au méconium: nous avons vu que cette matière pultacée était rougeâtre à la fin de l'intestin grêle chez Opermann, qui succomba à la suite de la réaction. La présence des ascarides

lombricoïdes, signalée par tous les observateurs, et que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, ne peut être considérée que comme une simple coïncidence.

La *muqueuse de l'intestin grêle* présente des caractères fort variables : le *développement des follicules,* qui a plus spécialement fixé l'attention de quelques praticiens, n'est rien moins que constant. Le plus bel exemple, que j'aie eu occasion de rencontrer est celui qui a été figuré pl. II, XIV^{e} liv.; il m'a été fourni par le jeune Adéodat, dont la mort a été si rapide : les follicules isolés et les follicules agminés sont également développés; les premiers se présentent sous l'aspect de gros grains sans orifice, offrant au premier abord les caractères d'une éruption; les seconds sous celui de plaques saillantes, gauffrées, dont plusieurs offraient une sorte d'ulcération ou mieux d'érosion. Un doute s'est élevé sur la question de savoir, si ces gros grains étaient bien des follicules isolés, ou s'ils n'étaient pas plutôt des productions nouvelles : la solution de ce doute se trouve dans l'étude de l'entérite folliculeuse (forme granuleuse) (1), qui présente si souvent les mêmes granulations imperforées, au moins en apparence.

Dans un certain nombre de cas, le développement a porté exclusivement sur les follicules isolés; d'autres fois, il a porté exclusivement sur les follicules agminés. La fig. 2, pl. IV, représente la forme la plus habituelle de cette altération granuleuse qu'on rencontre dans le choléra (2); on y voit les follicules perforés du gros intestin à côté des follicules imperforés de la fin de l'intestin grêle. Les follicules isolés et agminés présentent rarement des traces d'inflammation : jamais je n'ai rencontré d'inflammation aussi prononcée, que dans le cas figuré pl. V, où un grand nombre de follicules étaient gangrénés.

La *couleur* de la muqueuse présente toutes les nuances possibles, depuis le rose tendre jusqu'au rouge-noir : souvent elle est uniformément rosée comme chez ces individus qui succombent pendant le travail de la digestion ; quelquefois ce n'est même pas du rose, c'est la nuance hortensia, ainsi qu'on l'a dit avec vérité. Tel était l'intestin du jeune Adéodat, représenté pl. II.

La coloration rouge de la muqueuse est bien différente de celle qui résulte de la stagnation du sang dans les vaisseaux veineux, à la suite d'obstacles à la circulation; il est rare qu'elle soit uniforme; souvent on trouve çà et là des points, des plaques d'ecchymose. Si on examine contre le jour et appliquée sur une lame de verre une portion d'intestin colorée en rouge-brun, on voit l'arborisation vasculaire la plus déliée et la plus complète qu'il soit possible d'imaginer. L'épaisseur de l'intestin, augmentée par l'abondance des liquides, rend quelquefois nécessaire une demi-dessiccation : la figure 2, planche III, a été faite d'après un intestin demi-desséché.

C'est presque toujours au voisinage de la valvule iléo-cœcale que les traces de congestion sanguine sont les plus prononcées : la rougeur va progressivement en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la valvule ; souvent limitée aux deux ou trois derniers pieds de l'intestin grêle, elle occupe quelquefois la moitié inférieure et même la totalité de la longueur de cet intestin : le duodénum lui-même n'en est pas toujours exempt. On peut dire, qu'en général, l'intensité de la rougeur est en raison inverse de son étendue.

Il m'a paru résulter de tous les faits soumis à mon observation, que c'est dans le gros intestin que les altérations cadavériques sont à la fois et les plus constantes et les plus considérables.

Gros intestin. Son volume varie beaucoup : il est tantôt distendu par les liquides qui remplissent sa cavité, tantôt resserré sur lui-même, à la manière d'un cordon coupé

(1) Voyez Livraison *sur l'Entérite folliculeuse.*

(2) Cette figure a été faite sur la même pièce que celle qu'on voit à la fin du *Mémoire sur le choléra*, publié par M. Ripault, élève interne de l'Hôtel-Dieu.

de distance en distance par des dilatations circonscrites. C'est dans le gros intestin que j'ai rencontré, le plus habituellement, le liquide cholérique avec sa limpidité, et ses flocons muqueux, lesquels étaient déposés sur les parois de l'intestin : on dirait d'un intestin rempli jusqu'à distension par de l'eau de riz. Le liquide cholérique pur ne se rencontre que chez les individus morts rapidement : il n'existe en grande quantité, que lorsque les évacuations alvines ont été supprimées.

Lorsque le malade a résisté pendant deux ou trois jours, le liquide cholérique est moins pur et souvent on ne rencontre dans le gros intestin que des mucosités diversement teintes et même quelquefois un mucus sanguinolent. Chez la plupart des individus morts quelque temps après la période de réaction, j'ai trouvé une pulpe jaunâtre ou verdâtre, analogue pour la consistance au méconium.

La muqueuse du gros intestin présente de nombreuses variétés de coloration : ici, elle est d'une couleur naturelle dans toute son étendue; là, elle est couleur hortensia: ailleurs, elle est injectée par arborisation, et présente des points d'ecchymose disséminés, de larges plaques noires, qui ne sont autre chose que le résultat d'une infiltration de sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans le tissu même de la membrane (voyez pl. II, fig. 1re et pl. IV, fig. 1): cette altération peut être bornée au voisinage de la valvule iléo-cœcale (pl. II, fig. 2); ou bien occuper l'intestin rectum, l'S iliaque, l'arc du colon; enfin, dans quelques cas (voyez pl. IV, fig. 1), la presque totalité du gros intestin est comme plaquée d'ecchymoses de diverses grandeurs : et ces plaques noires ont pu être prises par des observateurs inattentifs, pour des plaques de gangrène; je n'ai observé qu'une seule fois, dans le choléra, une véritable gangrène du gros intestin, c'est dans le cas figuré pl. V : la forme elliptique des plaques gangrenées est remarquable.

Les *follicules* du gros intestin sont le plus souvent très développés, sur-tout au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Ils sont toujours perforés à leur centre et cette perforation est indiquée par un petit point noir (pl. IV, fig. 2). Dans un grand nombre de cas, ces follicules sont environnés comme par une espèce d'auréole rouge (pl. II, fig. 1), qui examinée à la loupe, n'est autre chose qu'une injection sanguine pénicillée.

La *rate* est en général petite, dense, beaucoup moins facile à déchirer que de coutume : on dirait que le sang en a été exprimé.

Le *foie* est gorgé de sang mais inégalement, ce qui lui donne un aspect marbré. La vésicule du fiel est généralement distendue par une bile très épaisse et comme poisseuse.

Les *reins* m'ont paru dans l'état naturel; la vessie est aussi contractée que possible et complétement vide, au moins chez les sujets morts dans la période asphyxique. Elle contient de l'urine chez les individus morts pendant la période de réaction.

Des organes de la circulation et de la respiration dans le choléra.

Cœur. J'ai quelquefois trouvé un peu de sérosité dans le péricarde. Le cœur est absolument dans l'état où se trouve cet organe chez les individus asphyxiés : les cavités droites et l'oreillette gauche sont distendues par une grande quantité de sang. Le ventricule gauche est tantôt médiocrement dilaté, tantôt tellement resserré sur lui-même, qu'il ne contient pas une seule goutte de sang : on dirait d'une hypertrophie concentrique porté au plus haut degré, car il y a effacement complet de la cavité. Les grosses artères sont pleines de sang liquide, les petites artères n'en contiennent pas du tout; le système veineux tout entier, et plus particulièrement le système veineux abdominal, en est gorgé.

Les propriétés physiques du sang sont si remarquables qu'elles ont fixé l'attention de tous les observateurs. Ces propriétés m'ont paru à peu près les mêmes, et sur le cadavre,

et sur le sang retiré des vaisseaux par la saignée : l'absence de sérum, la consistance du sang, assez semblable à celle de la gelée de groseille trop cuite, et par conséquent moindre que dans l'état naturel, ont été signalées avec beaucoup de vérité; l'absence du sérum s'explique par la déperdition énorme et rapide que fait le sang pour fournir à la sécrétion de la muqueuse intestinale. Et il n'était pas besoin d'analyse chimique, pour établir que la sérosité rendue par les selles ou les vomissemens, présentait tous les caractères du sérum du sang. L'absence du sérum n'est pas un caractère spécifique dans le choléra; car, d'une part, j'ai rencontré une certaine quantité de sérosité dans le sang retiré par la saignée, chez des cholériques bien prononcés; d'une autre part, il n'est pas fort rare, dans des maladies autres que le choléra, de voir le sang présenter les caractères physiques assignés au sang cholérique.

On a exagéré, lorsqu'on a dit que le caillot ne rougissait pas par l'effet du contact de l'air : on eût été dans le vrai, en se contentant de dire qu'il rougissait plus lentement et qu'il ne rougissait même pas du tout, dans le cas où la couche superficielle ou croûte vient à se dessècher. Plusieurs médecins, plaçant dans le sang la cause du choléra, ont soumis ce liquide à toute sorte d'expériences. La chimie a vainement été invoquée, et les résultats auxquels les chimistes sont arrivés, par rapport au sang dans le choléra, peuvent être comparés à ceux obtenus par l'analyse de l'air atmosphérique, pour y découvrir les causes morbides, miasmatiques ou autres productrices de cette maladie.

Les globules du sang des cholériques, soumis à l'inspection microscopique, ont paru aux uns identiquement les mêmes que ceux du sang le plus naturel; aux autres, ils ont paru offrir une disposition un peu différente.

Enfin, des expériences physiologiques tentées sur les animaux vivants, avec le sang des cholériques, ont donné des résultats purement négatifs.

Les organes de la respiration sont dans l'état le plus parfait d'intégrité : les poumons, secs, non crépitants, ne sont jamais engoués de sérosité, comme dans les maladies avec agonie râleuse; les gros vaisseaux artériels et veineux contiennent une plus ou moins grande quantité de sang noir. La muqueuse bronchique présente une couleur violacée chez les individus morts dans la période d'asphyxie.

Appareil nerveux.

Cerveau et cervelet sains, mais injectés de sang, comme dans l'asphyxie; la pie-mère est plus ou moins injectée, quelquefois ecchymoses légères : peu de sérosité dans les ventricules et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Moelle épinière, saine; ses diverses coupes sont sablées de rouge. Les ganglions semi-lunaires, les plexus solaires, les ganglions du grand sympathique, les ganglions inter-vertébraux, les nerfs pneumo-gastriques, le système nerveux tout entier m'a paru, dans les cas nombreux où je l'ai examiné, dans l'état le plus parfait d'intégrité. Et je ne puis concevoir, comment un grand chirurgien, le professeur Delpech (1), qu'un horrible assassinat vient d'enlever à la science, a pu trouver dans les ganglions semi-lunaires des traces d'inflammation.

Résumé de l'anatomie pathologique du choléra.

D'après ce qui précède sur l'anatomie pathologique du choléra, il est évident, 1° que cette maladie ne saurait être rangée parmi celles qui trouvent leur interprétation tout

(1) *Étude du Choléra-Morbus, en Angleterre et en Écosse*, Paris, 1832, in-8°.

entière dans les lésions anatomiques, puisqu'à côté des cas où ces lésions ont été très prononcées, nous trouvons d'autres cas où elles étaient légères, douteuses et même nulles. Si donc on applique au choléra cet axiôme fondamental en anatomie pathologique, savoir : que (1) *toute altération organique qu'on ne rencontre pas constamment à la suite d'une maladie, ne peut pas être considerée comme faisant partie essentielle de cette maladie*, on sera fondé à restreindre beaucoup l'importance de l'anatomie pathologique dans l'étude du choléra, et à chercher ailleurs les véritables caractères de cette maladie.

2° Il n'est pas moins évident que les lésions anatomiques les plus remarquables ont leur siége dans le canal alimentaire et plus particulièrement dans le gros intestin et la partie inférieure de l'intestin grêle; que ces lésions consistent tantôt dans le développement des follicules isolés et agminés, tantôt dans la coloration plus ou moins foncée, dans des arborisations, des ecchymoses, et quelquefois même dans la gangrène de la muqueuse intestinale; mais qu'aucune de ces lésions n'est constante, et qu'il serait impossible à l'anatomiste le plus exercé, de déterminer *à priori*, dans le plus grand nombre des cas, si un canal intestinal qui lui serait présenté, a appartenu à un cholérique ou à tout autre individu; que les lésions anatomiques, bien loin d'être proportionnées à l'intensité des symptômes, sont souvent en raison inverse.

3° Que la présence du liquide cholérique dans le canal intestinal est le seul caractère constant, on pourrait même dire spécifique; qu'on le rencontre constamment chez les individus qui ont succombé dans la période asphyxique.

4° Que le sang présente un état particulier à peu près constant dans le choléra asphyxique, et que les appareils de la circulation et de la respiration offrent tous les caractères de l'asphyxie.

Plusieurs manières de voir sur la nature du choléra ont été fondées sur les données fournies par l'anatomie pathologique.

1° L'absence de lésion matérielle, constante, uniforme, l'a fait ranger parmi les névroses.

2° Une erreur anatomique, la coloration rosée naturelle des ganglions semi-lunaires a pu faire croire à une inflammation de ces ganglions.

3° L'altération du sang que la plupart des observateurs regardent comme consécutive au flux séreux qui a lieu par les selles, est considérée par d'autres comme primitive et comme la source de tous les phénomènes. Suivant ces derniers, c'est par ses qualités délétères que le sang porte la mort dans tous les tissus. Suivant les premiers, l'altération du sang est un effet qui devient cause à son tour, le sang dépouillé du sérum devenant impropre à circuler en raison de sa consistance; d'où la gêne progressivement croissante et la cessation presque complète de la circulation.

4° Le développement des follicules isolés ou agminés a fait placer dans cet élément anatomique le siége de la maladie. La forme arrondie des follicules de l'intestin grêle a pu faire croire que ces granulations n'étaient pas des follicules, mais bien une éruption particulière (psorentérie de M. Serres).

5° La rougeur, les ecchymoses et autres signes d'inflammation observés dans un certain nombre de cas, ont fait regarder par les uns le choléra-morbus comme une phlegmasie, tandis que les autres ont cru pouvoir expliquer l'injection de la muqueuse par le stase du sang veineux dans les capillaires.

6° L'absence de la bile dans les évacuations cholériques avait frappé les premiers observateurs qui attribuaient cette maladie à l'absence de la bile; mais nous avons

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *anatomie pathologique*, t. 2, p. 370.

vu que la vésicule biliaire est constamment distendue par une grande quantité de bile. D'ailleurs, la présence de la bile, soit dans l'estomac, soit dans les intestins, après la réaction, coïncide souvent avec une terminaison fâcheuse. Enfin, les qualités particulières et l'abondance du liquide rendu par les selles, ont fait admettre que le choléra-morbus consistait essentiellement dans une *irritation sécrétoire* de la muqueuse gastro-intestinale.

Mais les lésions d'organes n'étant qu'un effet, et dans tous les cas ne pouvant être considérées que comme un élément dans l'histoire des maladies, cherchons dans l'observation clinique, c'est-à-dire dans l'analyse des symptômes, des causes, des effets du traitement, de nouvelles données à l'aide desquelles nous puissions parvenir à la solution du problème de la nature du choléra. C'est cette analyse qui va m'occuper sous le titre de physiologie pathologique du choléra.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CHOLÉRA.

1° *Analyse des symptômes du choléra.* Le choléra asphyxique semble, au premier abord, échapper à toute analyse : l'innervation, la circulation, la respiration sont simultanément et profondément affectées; la vie est menacée dans sa soruce, comme si le malade était sous l'influence d'un agent délétère; le malade présente tous les symptômes de l'empoisonnement; il meurt asphyxié.

Mais, si au lieu d'étudier tout d'abord le choléra dans sa forme la plus grave, on observe l'épidémie cholérique tout entière, si on passe successivement du dévoiement cholérique au choléra léger, au choléra moyen, et enfin au choléra asphyxique, on sera conduit, d'une manière insensible, à établir le point de départ le plus probable des symptômes, et leur filiation.

Or, l'affinité qui existe entre le dévoiement cholérique et le choléra, est un fait incontestable : nous avons vu en effet, que si un certain nombre d'individus étaient pris d'emblée des symptômes les plus graves, plus souvent encore le choléra débutait par un dévoiement cholérique négligé ou mal traité.

Nous devons donc considérer le dévoiement cholérique comme le premier degré du choléra, comme le choléra dans sa forme la moins grave.

Or, le dévoiement cholérique est-il autre chose qu'un *flux intestinal*, flux séreux et muqueux, qui a beaucoup d'analogie avec celui qui résulte d'une superpurgation (1).

Ce flux, qu'accompagnent si souvent des épreintes et des coliques, amène presque immédiatement, lorsqu'il est très abondant, un amaigrissement considérable, une chute complète des forces, l'affaiblissement de la voix, la tendance au refroidissement, des crampes légères; tous symptômes qui sont une conséquence trop évidente de la concentration subite des forces de la vie sur le canal intestinal, et de la déperdition de substance qui a lieu par les évacuations alvines, pour qu'il soit nécessaire d'en établir la corrélation.

Dans le dévoiement cholérique, véritable sueur intestinale, la maladie est purement locale; soit que la cause ait agi avec peu d'intensité, soit que cette cause ait rencontré une constitution réfractaire.

Dans le choléra, au contraire, l'économie tout entière participe à la lésion, et on peut admettre l'une ou l'autre de ces manières de voir : ou bien que les phénomènes généraux sont sympathiques de la concentration de forces sur le canal alimentaire;

(1) Il n'est pas rare de voir les flux séreux intestinaux, qui sont la suite de suppuration, à peine teints de bile.

ou bien que ces phénomènes généraux sont des effets simultanés et non subordonnés d'une même cause, qui agirait sur l'organisme tout entier, et plus particulièrement sur les fonctions fondamentales, l'innervation et la circulation; en sorte que l'état syncopal algide, asphyxique, surviendrait en même temps que la fluxion intestinale.

L'étude des phénomènes qui ont lieu dans l'empoisonnement par l'arsenic, me paraît jeter le plus grand jour sur le choléra : à peine le poison a-t-il touché la muqueuse gastro-intestinale, qu'apparaissent et les symptômes locaux qui dénotent l'irritation violente de cette membrane, et les symptômes généraux, par lesquels se révèle l'atteinte profonde portée aux forces de la vie; or, ces symptômes locaux et généraux de l'empoisonnement ont la plus grande analogie avec ceux du choléra : dans l'un et l'autre cas, ce sont des crampes, l'angoisse épigastrique, l'étouffement, les hoquets, les vomissements, l'extinction de la voix, la petitesse, l'anéantissement du pouls, le refroidissement de la surface du corps porté quelquefois jusqu'à l'algidité. Appelé auprès d'un individu qui fut pris subitement des symptômes que je viens d'indiquer, et qui ne voulut faire aucun aveu, je fis prévenir le procureur du roi, que si le malade n'avait pas le choléra, il avait été empoisonné; il mourut en ma présence, trois heures environ, après l'invasion des accidents. A l'ouverture, nous trouvâmes dans l'estomac des fragments d'arsenic.

Voyez encore la hernie étranglée : un pouce de la circonférence de l'intestin est pincée, aussitôt surviennent hoquets, vomissements, dépression de pouls, extinction de voix, tous symptômes qui dénotent une lésion profonde du système nerveux viscéral; et les malades succombent à ces accidents nerveux, alors que la lésion locale est très peu considérable.

Plus je réfléchis, d'une part, sur la succession des phénomènes dans le plus grand nombre des choléras, d'une autre part, sur les effets d'une concentration rapide d'innervation et de liquides sur une surface aussi sensible et aussi vasculaire que l'est la muqueuse intestinale, plus je suis fondé à voir dans cette concentration, dans le flux séreux et muqueux qui la suit, le fait le plus général auquel on puisse arriver par l'observation des symptômes et par l'anatomie pathologique; et sans prétendre *expliquer* par elle tous les symptômes, ne nous suffit-il pas d'établir une corrélation entre cette fluxion et l'asphyxie incomplète et graduelle, la soif inextinguible, l'anxiété précordiale, les vomissements, les hoquets, les crampes, et enfin la diminution des battements du cœur dont la contraction, réduite à un simple frémissement, ne projette plus le sang que dans les gros vaisseaux. Dire quelle est la limite qui sépare les cas où la maladie est purement locale et se concilie avec l'état d'équilibre de toutes les fonctions, de ceux où l'équilibre rompu entraîne tout cet appareil de symptômes formidables, cela me paraît presque impossible. Il nous suffit de constater le fait de cette rupture d'équilibre de l'innervation, rupture que nous trouvons dans toutes les maladies graves, et qui doit varier prodigieusement suivant l'individualité et une foule de circonstances.

Dans le choléra le plus asphyxique, il y a un degré en deçà duquel la réaction est possible, et au-delà duquel elle est impossible. La réaction développée peut être incomplète ou complète, temporaire ou permanente. Dans les intermittences pernicieuses, soit cholériques, soit algides, soit asphyxiques, il est bien rare que la réaction

(1) Je rapprocherai encore le choléra de la *Suette* des Anglais, de 1483, dont Caïus nous a conservé l'histoire. Cette maladie, qui ravagea une grande partie de l'Europe, sous le titre de *peste britannique*, était accompagnée de symptômes généraux, tels que soif inextinguible, anxiété précordiale, oppression, somnolence, vomissements, petitesse du pouls, et se terminait par la mort au bout de quelques heures. A côté de ces cas si rapidement mortels, se voyaient des cas beaucoup moins graves, dans lesquels la maladie paraissait bornée à une sécrétion surabondante de la peau, et qui était à la *Suette* la plus intense, ce qu'est le dévoiement cholérique par rapport au choléra asphyxique.

ne puisse pas être obtenue deux ou trois fois, et presque toujours elle a lieu spontanément. Dans le choléra épidémique, il y a oppression telle des forces de la vie, que la mort arrive souvent sans la moindre réaction, malgré tous les efforts de l'art.

Si la fluxion dirigée sur la muqueuse intestinale est le point de départ, le phénomène culminant de la maladie, on peut se demander si c'est la spécialité ou bien la rapidité et l'étendue de la fluxion qui rendent compte des phénomènes si spéciaux du choléra-morbus. A cela je répondrai que toute maladie spéciale reconnaît une cause spéciale; mais que la spécialité peut consister dans le degré, dans l'étendue, dans la rapidité de l'action morbide, non moins que dans la nature particulière de cette action.

Du reste, l'anatomie pathologique me paraît avoir amplement démontré que le choléra-morbus ne consiste pas essentiellement dans une fluxion inflammatoire ou phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale, à moins qu'on ne considère le liquide séro-muqueux, qui constitue les selles cholériques, comme suffisant pour caractériser l'inflammation, en l'absence de toute coloration, de toute injection de la muqueuse. Sans doute on pourrait invoquer à l'appui de cette opinion les membranes séreuses, dont l'inflammation est caractérisée par la présence d'un produit de sécrétion séro-purulent, sans aucune coloration de ces membranes; mais la différence de texture et de vitalité qui existe entre les membranes séreuses et les membranes muqueuses, me paraît repousser toute analogie.

L'anatomie et la physiologie pathologiques se réunissent pour démontrer d'une manière non moins péremptoire la grande affinité qui existe entre le mode de fluxion intestinale, qui a pour résultat la sécrétion séro-muqueuse du choléra, et le mode de fluxion qui constitue l'inflammation; si bien qu'un grand nombre d'individus qui succombent au choléra après la réaction, présentent des traces non équivoques de l'inflammation. (Voyez les planches.)

Le choléra, considéré sous le point de vue de l'anatomie pathologique et par rapport au canal digestif, devrait donc prendre place dans la grande classe des irritations.

Si le choléra de nos climats peut trouver sa raison suffisante dans des circonstances de saison, de température et de régime, il n'en est pas de même du choléra épidémique qui fait l'objet de ce travail. Les médecins européens, de même que les médecins de l'Inde, qui se sont occupés de ce sujet, ont vainement cherché les causes du choléra dans l'influence du sol, dans les modifications que le globe a subies par suite de tremblements de terre, dans des effluves particuliers, dans la température, dans les qualités chimiques de l'air, dans la diminution de l'électricité, dans des animalcules qui s'attacheraient à la peau, aux vêtements; dans les qualités du riz et autres céréales (d'où le nom de *morbus orizeus,* qui lui avait été donné par certains médecins de l'Inde), etc., etc. L'influence solaire et lunaire a été invoquée, et des tables très exactes ont été dressées à ce sujet par M. Orton. Tout notre système planétaire a été mis en jeu; et quelques épidémies ayant paru à la suite de la conjonction de plusieurs planètes, on a pensé que les conjonctions nombreuses qui ont eu lieu depuis le mois de janvier, pourraient bien avoir été pour quelque chose dans l'épidémie cholérique. Bien que de pareilles recherches aient été stériles jusqu'à ce jour, je ne saurais qu'y applaudir. On ne peut trop étendre en médecine le champ de l'observation.

Nous sommes donc dans l'ignorance la plus absolue sur la cause formelle du choléra, et cette ignorance n'est pas propre au choléra. Le το θεῖον s'applique non seulement à ces grandes épidémies qui ont ravagé, à diverses époques, une partie du monde, mais encore à ces petites épidémies, à ces constitutions épidémiques qui sont l'objet

habituel de notre étude, et qui ne trouvent en aucune façon leur raison suffisante dans les conditions atmosphériques ou autres circonstances appréciables. Une épidémie de rougeole, de scarlatine, me paraît tout aussi difficile à expliquer qu'une épidémie de choléra.

Le choléra, qui ravage en ce moment l'ancien et le nouveau monde, a pour berceau le climat chaud de l'Inde. Là, il est endémique, là, depuis 1817, on le voit apparaître, puis cesser pour reparaître de nouveau, sans qu'il ait été possible jusqu'à ce jour de déterminer et les causes qui l'engendrent et les causes qui le font disparaître.

Son apparition en Europe n'a point été simultanée dans les divers points qu'il a envahis, mais bien successive; on a pu calculer sa marche. Nous savions six mois d'avance, que le fléau voyageur atteindrait Paris vers la fin de mars ou le commencement d'avril 1832.

Lorsque le choléra envahit une contrée, il s'empare d'un point comme d'un centre, pour s'étendre de là dans diverses directions. Souvent, dans sa propagation, il a paru suivre la direction des vents, des grandes routes, des rivières, en un mot les grandes communications établies entre les divers pays. Quand il s'est déclaré dans une rue, presque toujours il a envahi successivement toutes les maisons de cette rue; dans une maison, il est rare qu'il n'ait pas attaqué diverses familles et même plusieurs individus de la même famille. Mais, d'un autre côté, que de hiatus dans le mode d'extension ou plutôt dans le mode de développement du choléra! sa marche est tantôt rapide, tantôt progressive, souvent rétrograde, irrégulière; apparaissant au nord, au midi, à l'orient; à l'occident, sautant à pieds joints des contrées mal saines pour aller sévir dans les lieux les plus salubres, circulant tout autour d'une province, d'une ville; d'un village qu'il laisse intacts, traversant les mers, dépeuplant les hameaux et les petites villes dans une proportion incomparablement supérieure aux grandes villes. Ainsi, malgré les cordons sanitaires qui cernaient l'Autriche du côté de la Hongrie, c'est par Vienne que le choléra a commencé ses ravages dans l'empire. L'inutilité des cordons sanitaires, de l'isolement des villes, des maisons, des individus, a été si bien constatée, que les relations habituelles de la vie ont continué dans toutes les villes infectées, et qu'on s'en est tenu aux mesures générales de salubrité publique. Le moment n'est peut-être pas éloigné où ces mesures du moyen âge, qu'on appelle *quarantaines*, mesures prises sous l'influence d'une terreur profonde, seront, sinon totalement supprimées, au moins notablement modifiées et en harmonie avec l'état actuel des lumières et de la civilisation.

La marche successive du choléra, en Europe, dans un royaume, dans une contrée, dans une ville, dans une rue, dans une maison, dans une même famille; son développement qui n'est pas, comme celui de la fièvre jaune, circonscrit entre certaines latitudes, mais qui semble se jouer de toutes les circonstances de climat, de saison, de genre de vie, de salubrité ou d'insalubrité des lieux; la probabilité de son importation en Europe par l'armée russe venue de l'Orient, pour se précipiter sur la Pologne, ont fait admettre que le choléra-morbus était une maladie contagieuse.

Que le choléra soit contagieux d'individu à individu, par le contact, je crois pouvoir le nier; trop de faits viennent déposer en faveur de la non contagion; tous les médecins ont eu les mains humides de la sueur des cholériques, tous ont respiré leur haleine, flairé leurs matières fécales, plusieurs ont été blessés en faisant des ouvertures cadavériques; or, peu de médecins ont été atteints, ou du moins ils ne l'ont pas été dans des proportions supérieurs aux autres classes de la société, malgré leurs fatigues excessives.

Que le choléra soit contagieux miasmatiquement, par infection, ou par foyers,

c'est-à-dire, qu'il soit le produit de circonstances locales, de la réunion d'un grand nombre d'individus cholériques ou autres; je crois encore pouvoir le nier : l'encombrement des hôpitaux ne nous ayant paru exercer aucune influence sur le développement du choléra, et les maisons des particuliers ayant été plus gravement atteintes que les maisons d'éducation et autres établissements publics.

Que le choléra puisse être transmis par l'air; qu'il existe une *atmosphère cholérique*, susceptible de naître spontanément dans certaines contrées et d'être transportée par les vents d'un lieu dans un autre, d'être arrêtée par certains accidents de terrain, détournée par des bois, des montagnes, etc.; voilà ce que l'observation me paraît avoir démontré. C'est en ce sens, mais en ce sens seulement, que je pourrais admettre la contagion. Il est vrai qu'une pareille contagion n'est autre chose que l'épidémie prise dans son acception la plus élevée, toute maladie qui reconnaît pour cause une condition inconnue de l'atmosphère étant nécessairement épidémique.

Que si on objecte le développement successif de la maladie, je répondrai que les conditions dans lesquelles se trouvent les individus soumis à l'influence épidémique n'étant pas les mêmes, il n'est pas étonnant que les uns échappent complétement à cette influence, et que les autres soient pris plus tôt ou plus tard et à divers degrés d'intensité; j'ajouterai que cette invasion successive s'observe d'ailleurs dans toutes les épidémies. N'avons-nous pas vu l'épidémie présenter son invasion, son augment, son apogée, sa recrudescence, sa terminaison, et céder le pas à la dysenterie (1).

Le choléra, maladie épidémique, peut-il dans certaines conditions, devenir contagieux, soit miasmatiquement, soit par contact? c'est une question trop problématique pour que je doive m'en occuper ici.

La question de la contagion serait-elle admise, qu'elle ne ferait que reculer la difficulté; car, enfin, il faut bien que la maladie ait commencé quelque part.

Le choléra est donc une maladie épidémique. Sa cause formelle est inconnue, de même que la cause formelle des grandes épidémies. Importée de l'Orient, comme la petite-vérole, doit-elle disparaître à jamais de l'Europe comme le choléra de 1600, ou bien, à l'exemple de la petite-vérole, doit-elle s'acclimater parmi nous? Question grave que je n'essaierai même pas d'aborder, faute d'éléments pour la résoudre.

THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA.

Il en est de la thérapeutique du choléra comme de celle de toutes les maladies inconnues dans leurs causes : nous ne combattons que des effets; semblables à ce praticien mal habile qui, ayant à traiter une ophthalmie très grave produite par un petit corps étranger fiché sur la conjonctive, attaque cette inflammation avec tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, alors que l'ablation du corps étranger aurait suffi pour la guérison.

Traitement préservatif. Dans l'impossibilité où nous sommes de nous soustraire à l'influence épidémique, d'en neutraliser ou même d'en atténuer l'intensité, le traitement préservatif doit consister dans l'éloignement de toutes les causes qui ont paru favoriser son action. Or, il est incontestable qu'en Europe comme dans l'Inde, c'est la classe la plus malheureuse de la société qui a fourni le plus grand nombre de victimes; que le traitement préservatif le meilleur consiste dans une alimentation peu abondante et substantielle, dans des vêtements chauds, dans une habitation salubre, dans le courage, en un mot dans l'observance de toutes les règles hygiéniques propres à maintenir le système nerveux dans un bon état de réaction.

(1) Les cas de dysenterie observés à la suite du choléra n'ont pas été assez nombreux pour constituer une épidémie.

A la moindre apparence du plus léger dévoiement, on aura de suite recours à la série de moyens indiqués plus haut contre le dévoiement cholérique.

Traitement curatif : 1° Ranimer, ressusciter la vie pendant la période de concentration; 2° diriger la période de réaction; 3° dissiper les désordres fluxionnaires qui succèdent à la terrible lutte des forces vitales contre la cause morbide; voilà la *triple indication* que présente le choléra; indications qui n'attaquent pas la maladie au cœur, il est vrai, qui constituent ce qu'on appelle la médecine du symptôme, mais au-delà desquelles tout est vague et chimérique. Nous allons donc étudier, dans un résumé rapide : 1° la thérapeutique de la période de concentration; 2° la thérapeutique de la période de réaction; 3° la thérapeutique des accidents consécutifs.

Thérapeutique de la période asphyxique : Pendant cette période, où la vie est menacée dans sa source, il n'y a évidemment qu'une indication, c'est de ranimer, de soutenir la vie, de provoquer, par tous les moyens possibles, cet ensemble d'efforts conservateurs qui la constitue force de résistance vitale. Il faut, en un mot, faire battre le cœur, faire respirer les poumons.

Toutes les voies ouvertes à l'extérieur doivent être utilisées pour cet objet : on agira sur la peau, sur la muqueuse digestive, sur la muqueuse respiratoire; on agira sur le cœur par la saignée veineuse et par la saignée artérielle. On a poussé la témérité jusqu'à l'injection directe de substances médicamenteuses et plus particulièrement de l'eau salée, dans le système veineux.

A. *Moyens thérapeutiques dirigés sur la peau :* 1° *Frictions.* Des frictions sèches avec une brosse, des frictions avec le liniment hongrois, l'alcool camphré ou la teinture de kinkina animée par l'ammoniaque, m'ont paru remplir les principales indications à cet égard. On a usé et abusé des frictions dans les premiers temps; plus tard, on y a, peut-être à tort, complétement renoncé.

2° *Caléfaction.* Le refroidissement de la peau, porté jusqu'à l'algidité, a fait imaginer une foule de moyens caléfacteurs. Les plus simples sont les meilleurs; tels sont des sachets de son et de cendre chauffés au four, des boules d'eau chaude, la combustion de l'esprit-de-vin sous les couvertures, le vinaigre versé sur des briques incandescentes, etc. L'appareil dont je me suis servi à l'ambulance, se composait d'une lampe à esprit-de-vin, dont la vapeur était portée sous les couvertures à l'aide d'un tuyau flexible que l'on dirigeait à volonté vers telle ou telle partie du corps. Je dois dire que la caléfaction est impatiemment supportée par les malades, dont la peau reste glacée au milieu de vapeurs brûlantes, et résiste à la pénétration du calorique, à la manière de celle d'un animal à sang-froid. Si on insiste, l'oppression et l'angoisse augmentent, les malades se débattent et repoussent les couvertures. Aussi beaucoup de praticiens ont-ils renoncé à ce moyen de traitement.

3° *Réfrigération.* Le sentiment de chaleur brûlante à l'intérieur, et même à l'extérieur, qu'accusent souvent les cholériques algides, a sans doute suggéré l'idée d'appliquer la glace à l'extérieur. En conséquence, des frictions ont été faites avec des morceaux de glace sur tout le corps des cholériques; ce moyen serait précieux s'il pouvait développer la réaction, comme chez l'individu asphyxié par congélation; mais l'expérience n'a pas prononcé d'une manière positive. Je n'ai eu recours à la glace appliquée extérieurement, dans la période asphyxique, que partiellement, et pour remplir des indications particulières. Ainsi, la glace appliquée sur l'épigastre a quelquefois arrêté les vomissements et dissipé l'angoisse. Des frictions faites avec un morceau de glace sur des points saisis de crampes, ont quelquefois fait cesser la contraction douloureuse.

4° *Irritants extérieurs.* Les sinapismes, en raison de la douleur vive qu'ils provoquent et de la vive réaction qui suit presque immédiatement leur emploi, ont été mis en usage chez tous nos malades. De grands sinapismes couvraient les extrémités inférieures, depuis les genoux jusqu'aux pieds inclusivement, et depuis les coudes jusqu'aux

mains. Des extrémités, je faisais transporter les sinapismes sur l'abdomen; des compresses imbibées d'ammoniaque, étaient quelquefois appliquées sur diverses régions du corps, et plus particulièrement sur le rachis. Tous les excitants extérieurs, l'urtication, les moxas, les boutons de feu, un marteau chauffé à l'eau bouillante promené le long du rachis, l'eau bouillante elle-même, etc., tout a été tenté, tout a été justifié par l'imminence du danger. Parmi ces moyens, je mentionnerai d'une manière particulière un vésicatoire de dix pouces de long sur deux de large, appliqué le long du rachis, moyen auquel j'ai cru devoir, au moins en partie, rapporter quelques succès.

5° *Bains.* Les bains entiers, simples, aromatiques, chlorurés ou autres, ne peuvent être supportés dans la période asphyxique. La pression qu'exerce le liquide sur les parois thoraciques, l'attitude que nécessite le bain, deviennent tellement insupportables, qu'on est obligé de retirer bien vite le malade si l'on ne veut s'exposer à le voir mourir d'asphyxie. On a essayé sans succès les bains frais et même froids, l'immersion dans l'eau froide, les affusions froides, les bains entiers sinapisés. Les bains de vapeur ont également échoué. Les douches de vapeur, dirigées sur diverses parties du corps, sont un moyen rationnel exempt de toute espèce d'inconvénient, et qu'on a pu utiliser dans quelques cas.

B. *Moyens thérapeutiques dirigés sur la muqueuse intestinale* : 1° *Stimulants.* La première idée qui se présente à la vue d'un cholérique, c'est de ranimer, par des stimulants intérieurs de toute espèce la vie prête à s'éteindre. De là, est née la méthode par les stimulants, qui a ses partisans comme méthode générale de traitement, en Europe aussi bien que dans l'Inde. Le vin généreux, et plus particulièrement le vin de Malaga, le punch, l'acétate d'ammoniaque, l'éther simple ou camphré, l'infusion de menthe poivrée, de petite sauge, de camomille; voilà les moyens que préconisent presque exclusivement certains praticiens. Mais une expérience constante a prouvé que si les stimulants à petite dose sont utiles dans la période de concentration pour ressusciter la vie, leur usage, trop long-temps continué et à des doses trop considérables, peut être nuisible. On ne doit jamais oublier, dans l'administration des stimulants, que, dans le choléra, il y a fluxion sur la muqueuse digestive, et que l'inflammation est imminente dans la période de réaction.

Nous croyons aussi que les praticiens qui excluent positivement de leur pratique les stimulants, par crainte de l'inflammation, se privent d'une ressource puissante dans le traitement de cette maladie. N'oublions pas que la muqueuse gastrique a présenté moins souvent des traces d'inflammation à la suite de la période de réaction, que la muqueuse intestinale. La formule suivante m'a paru utile dans la période asphyxique :

Eau de cannelle orgée, de menthe poivrée, sirop d'éther, de chaque une once; acétate d'ammoniaque, un gros; à prendre par cuillerées.

2° *Kinkina.* Les diverses préparations de kinkina, et plus particulièrement le sulfate de kinine, ont été administrés dans le choléra, comme tonique, comme spécifique, vu ses brillants succès dans les fièvres pernicieuses cholériques, et comme un des plus puissants modificateurs de l'économie. L'expérience n'a pas justifié les espérances qu'il avait d'abord fait concevoir.

3° *Opium. Antispasmodiques. Astringents.* L'opium, si efficace dans le dévoiement cholérique et le choléra léger, est contre-indiqué dans le choléra asphyxique, par la somnolence, l'état comateux au moins apparent dans lequel sont plongés les malades. Donné à fortes doses dans la période de concentration, il a paru s'opposer à la réaction, ou plonger les malades dans un état comateux dans lequel ils ont succombé. Néanmoins je n'en ai, dans aucun cas, négligé entièrement l'usage : mon but, en le maintenant, était de diminuer la sécrétion intestinale, dont j'admettais l'existence, bien que les produits n'en fussent pas toujours expulsés au-dehors. La thériaque ou le diascordium administrés, soit par le haut, soit par le bas, m'ont paru la préparation d'opium la plus convenable. Je n'ai

jamais eu recours à l'acétate ou à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique.

L'*extrait de belladone*, le *nitrate de bismuth* ont été vantés par quelques praticiens. On dit que l'association de l'extrait de belladone et du nitrate de bismuth a rendu de grands services en Angleterre, dans les cas de vomissements opiniâtres. Le *musc*, le *camphre*, le *castoréum*, ne paraissent pas avoir répondu à l'attente des praticiens.

L'*extrait de ratanhia*, ce puissant astringent, a été employé avec un succès non contesté, soit par le haut, soit par le bas. Sur ce point, je ne saurais invoquer ma pratique particulière; mais je l'ai entendu vanter par des praticiens du plus grand mérite.

4° *Vomitifs*. Les vomitifs, et plus particulièrement l'ipécacuanha, sont un des moyens dont on a fait le plus fréquemment usage dans le choléra. Par les uns, ils ont été donnés comme moyens perturbateurs, par d'autres, en raison de leur action centrifuge ou sudorifique non contestée. Quelques praticiens ont eu pour but de faire cesser le spasme, l'angoisse épigastrique et même le vomissement, en vertu de l'aphorisme *vomitus vomitu curatur*. D'autres, plus méthodiques en apparence, consultent l'état de la langue, et restreignent l'emploi du vomitif aux cas où il y a quelque matière à évacuer; or ils déterminent ces cas par la percussion de l'épigastre et des autres régions de l'abdomen : c'est là de la subtilité. Quant à la valeur thérapeutique réelle des vomitifs, ce que je sais, c'est que, s'ils ne jouissent pas d'une efficacité aussi grande qu'on a bien voulu le dire, ils n'ont pas les inconvénients qu'ils présenteraient si le choléra était une gastrite; et je ne sache pas que les praticiens qui ont administré l'ipécacuanha chez tous les cholériques confiés à leurs soins, aient été remarquables, soit par leurs succès, soit par leurs revers.

L'association de l'ipécacuanha avec l'opium a été vantée comme maintenant l'effet sudorifique en supprimant l'effet nauséeux. La poudre de Dower, que constitue essentiellement ce mélange, a été employée sans avantages ni inconvénients bien marqués.

6° *Purgatifs*. Peu employés en Europe, ils ont été prodigués dans l'Inde. Le calomel, l'huile douce de ricin, l'huile essentielle de térébenthine, la drogue amère, ont été regardés par beaucoup de praticiens comme la base du traitement. La drogue amère sur-tout, qui est un mélange de teinture d'aloës, teinture de myrrhe et teinture de benjoin, jouit dans l'Inde de la réputation la plus générale. J'avoue que dans une maladie caractérisée par une fluxion énorme dirigée sur la membrane muqueuse digestive, il me paraît irrationnel d'agir dans le sens de cette fluxion; et bien que le mode d'irritation du choléra soit tout autre que le mode d'irritation des purgatifs drastiques je crois prudent de s'en abstenir jusqu'à ce que des faits bien positifs aient établi leurs avantages d'une manière non équivoque.

Aux purgatifs, je dois rattacher les solutions salines qui ont été administrées, moins pour obtenir l'effet purgatif, que dans le but de remplacer les sels du sang trouvés dans les évacuations alvines: or l'hydrochlorate de soude, le carbonate de soude, le sulfate de potasse et autres, n'ont pas répondu aux espérances qu'ils avaient d'abord fait concevoir. L'administration des préparations salines a été convertie en méthode, et un médecin de Dublin administre toutes les demi-heures le mélange suivant : carbonate de soude, demi-gros; hydrochlorate de soude, vingt-quatre grains; hydrochlorate de potasse, six grains.

7° *Température des boissons, leur quantité et leur qualité.* Une soif ardente, inextinguible est un des principaux tourments des malades, et, dans l'immense majorité des cas, elle est dirigée vers les boissons froides. Leur figure mourante se ranime à la vue d'un liquide, et sur-tout d'un liquide frappé de glace. Ils dévorent les morceaux de glace qu'on leur dit de laisser fondre dans leur bouche, et nous ne saurions raconter tous les services qu'a rendus la glace dans cette terrible épidémie. Cependant, dans la période

asphyxique, j'ai eu recours aux boissons prises très-chaudes, à la manière du thé ou du café; et il m'a paru que la réaction se faisait plus promptement que lorsqu'on administrait des boissons à la glace.

Faut-il permettre au malade de satisfaire sa soif ou convient-il de ne lui administrer les boissons que par gorgées? cette question est encore en litige. En général des boissons trop abondantes m'ont paru favoriser le vomissement. Cependant, plusieurs praticiens ont élévé des doutes sur la nécessité de faire subir aux malades le supplice de la soif: ils espèrent par des boissons abondantes, réparer la déperdition excessive de liquides qui a lieu par les évacuations alvines. Cette idée mérite d'être suivie.

Quant à la qualité des boissons; l'eau de Seltz, l'orangeade, la limonade minérale, l'eau de poulet, la solution de gomme, la décoction d'orge, d'arrowroot, de salep, l'infusion de tilleul, de camomille, de menthe poivrée, etc.; voilà les boissons qui ont été le plus généralement employées; on les variera suivant les indications et suivant le goût du malade: l'eau de Seltz frappée de glace convient éminemment dans le cas de vomissements opiniâtres.

Lavements. Si on se rappelle que la muqueuse du gros intestin est en général plus profondément affectée que la muqueuse de l'intestin grêle, et sur-tout que la muqueuse gastrique, on concevra de quelle importance doivent être les moyens portés directement sur cette muqueuse du gros intestin à l'aide des lavements. Or, il m'a paru que les lavements très chauds, à 36°, devaient être préférés aux lavements frais ou froids, pendant la période de concentration. Je les faisais renouveler toutes les demi-heures, toutes les heures, toutes les deux heures, suivant les cas. Les lavements à la glace ont été très-utiles dans le cas de selles excessives: souvent j'alternais les lavements chauds avec les lavements froids, et j'insistais sur les uns ou sur les autres suivant leurs effets. Presque toujours je faisais ajouter aux lavements quelques gouttes de laudanum, ou mieux encore de la thériaque ou du diascordium. Je n'ai administré en lavement, ni l'extrait de ratanhia, ni le sulfate de kinine, ni les purgatifs, ni le vin: je ne puis donc parler de leurs effets d'après ma propre expérience.

Moyens thérapeutiques dirigés sur la muqueuse des voies respiratoires.

Il est à regretter que l'attention des praticiens ne se soit pas dirigée d'une manière plus particulière sur ce grand département des membranes muqueuses qui tapisse les voies de la respiration. Quelques essais peu suivis ne peuvent pas servir de base à un jugement définitif. L'angoisse épigastrique et l'étouffement qui sont les symptômes dominants, permettent difficilement au malade d'emboucher le tube de verre et de respirer à travers le liquide contenu dans le flacon à double tubulure. C'est pour obvier à cet inconvénient, que j'ai fait adapter à l'extrémité libre d'un tube flexible ajusté à l'appareil ordinaire, une espèce de masque qui emboîtait le nez et la bouche. Le liquide contenu dans le flacon était animé avec le baume du Pérou, l'alcool de menthe ou l'éther. La suppression de l'ambulance ne m'a pas permis de recueillir un assez grand nombre de faits à cet égard pour en déduire des conséquences positives. On a eu l'idée de faire arriver dans les poumons du chlore, de l'oxygène, du gaz protoxyde d'azote, si remarquable par l'énergie qu'il donne à toutes les fonctions; mais jusqu'à ce moment les résultats ont été purement négatifs.

De la saignée.

A l'aide de la respiration d'un air chargé de diverses substances aromatiques, on peut agir directement sur le poumon. On agira non moins directement sur l'organe central de

la circulation par les saignées générales ou locales, et par des injections directes dans le système veineux.

Il n'est, sans contredit, aucun moyen thérapeutique que les médecins de l'Inde aient plus universellement préconisé que la saignée générale; la plupart même la considèrent comme la base du traitement. M. Annesley assure que, bien loin de produire la syncope, la saignée améliore constamment l'état du pouls, et amène presque toujours la cessation du sentiment de défaillance et d'étouffement. Il dit avoir sauvé presque tous les malades chez lesquels il lui a été possible de la pratiquer. Tous les médecins de l'Inde admettent, en principe, qu'on ne peut échapper au collapsus que par l'émission d'une très grande quantité de sang; que les saignées timides, incomplètes, sont seules nuisibles, seules suivies de collapsus : tous citent des succès, même dans les cas où le pouls était misérable, presque insensible.

La saignée est un des moyens qui ont été le plus généralement employés en France; les dissidences systématiques d'opinions ont fléchi devant l'évidence des faits. Les uns ont considéré la saignée comme propre à ranimer la circulation par la déplétion mécanique du cœur et des gros vaisseaux : ils ont saigné dans le choléra comme on saigne dans l'asphyxie. Les autres ont eu pour but de diminuer la fluxion inflammatoire ou autre, dirigée sur le canal digestif.

Il n'y a qu'une difficulté dans l'emploi de la saignée appliquée à la période de concentration; c'est l'impossibilité d'obtenir du sang : vous piquez largement la veine; quelques gouttes s'en échappent; et vous avez beau faire, aussitôt que la veine est vidée, la source est tarie. Les cas où une grande quantité de sang a pu être retirée, sont donc des cas dans lesquels la circulation se faisait encore librement sous l'influence des contractions du cœur.

Il n'est peut-être pas un cas de choléra asphyxique dans lequel je n'aie eu recours à la saignée générale dans la période de concentration. Plusieurs veines ont été piquées : le bras, le pied ont été plongés dans un liquide chaud; des pressions exercées; des mouvements imprimés pour exprimer le sang des capillaires; et rarement ai-je pu obtenir au-delà de quelques cuillerées de sang.

Je n'ai jamais essayé de l'artériotomie; mais j'ai connaissance de faits dans lesquels l'artère brachiale, coupée en travers, n'a donné que quelques gouttes de sang.

Après la saignée, j'employais constamment les sangsues sur l'épigastre, le long du sternum et sur les côtes; et à leur chute, j'activais l'écoulement du sang à l'aide de ventouses répétées et laissées à demeure.

Enfin, en désespoir de cause, on a eu recours à des injections dans le système veineux, dans le double but et de stimuler directement le cœur et de rendre au sang les principes qu'il perd incessamment par les évacuations alvines, savoir : l'eau et les sels que la chimie a découverts dans ces évacuations. C'est en Ecosse que ces injections ont été pratiquées avec le plus de hardiesse, je dirais presque de témérité. Ainsi le docteur Makintosh a fait injecter chez un cholérique jusqu'à vingt-cinq livres d'une solution saline dans l'espace de vingt-quatre heures. Voici quelle est la proportion des sels et du véhicule : carbonate de potasse, vingt-quatre grains; muriate de soude, deux gros; eau commune, cinq livres. On dit qu'à peine a-t-on injecté cinq ou six livres de cette solution dans les veines d'un cholérique bleu, sans pouls, et qui ne paraît pas avoir deux heures de vie, que le pouls se relève, les joues se colorent, que la face recouvre son état naturel, et que le malade se croit complétement guéri. Ce bien-être n'est que passager : on recommence aussi souvent que reparaissent les symptômes. On aurait guéri par cette méthode trois malades sur cinq.

L'état désespéré du malade me paraît seul justifier de pareilles tentatives qui ne prendront droit de cité dans la science que lorsque des faits nombreux et positifs auront

prouvé que les injections veineuses ne compromettent pas la vie des malades.

Réflexions générales sur le traitement de la période de concentration. Je ne saurais trop recommander la persévérance dans les soins administrés aux cholériques pendant cette période. *Promptitude des secours, continuité de ces secours,* voilà la double condition à laquelle sont attachés les succès dans le traitement du choléra; voilà en grande partie la source de la différence qui existe sous le rapport de la mortalité entre la pratique particulière et la pratique des hôpitaux, entre la classe aisée et la classe indigente. On a parlé beaucoup de moyens administratifs à prendre dans une ville ravagée par le choléra; je n'en connais qu'un seul, c'est l'établissement d'ambulances dans tous les quartiers, dans toutes les rues, s'il est possible. Les hôpitaux sont funestes en ce sens qu'il faut un temps très considérable pour le transport du malade. S'il n'y a pas de place, on est obligé d'aller dans un autre hôpital; à l'hôpital, le malade peut arriver dans l'intervalle des visites du médecin; combien de malheureux sont restés deux, trois, quatre heures en chemin, et ne sont arrivés à l'hôpital qu'à l'état de cadavre. Bien pénétré de cette vérité, je sollicitai et obtins de M. le maire du 2e arrondissement, M. Berger, dont le zèle éclairé est au-dessus de tout éloge, l'établissement d'une ambulance à l'ancien Trésor (1). L'autorité supérieure enjoignit d'abord de la fermer; mieux informée, elle approuva cet établissement qui fut suivi de plusieurs autres.

A peine un malade était-il transporté dans nos salles, que tout le monde s'empressait autour de lui: la méthode générale de traitement était modifiée suivant les indications. On ne mettait dans l'emploi des moyens thérapeutiques, d'autre intervalle que celui nécessaire pour en observer des effets; on réchauffait; on donnait des stimulants intérieurs, on appliquait des stimulants extérieurs, on ouvrait la veine, on appliquait des sangsues; on frictionnait, on ranimait la vie de toutes les manières, et on n'abandonnait le malade que lorsque la réaction était opérée, ou lorsqu'on avait acquis la triste conviction qu'elle était impossible. Cette multiplicité de moyens si différents et même opposés en apparence ne paraitra contradictoire ou irrationnelle qu'à ceux qui ne jugent la question que d'un seul point de vue.

Thérapeutique dans la période de réaction.

La saignée que la plupart des praticiens tiennent en réserve pour la période de réaction, me paraît formellement contre-indiquée au début de cette réaction. J'ai eu la douleur de voir plusieurs fois la réaction cesser immédiatement après une saignée intempestive, le malade redevenir bleu ou tomber dans un collapsus bientôt suivi de la mort. Je ne saurais trop insister sur ce point : la saignée ne convient que lorsque la réaction étant bien franche, bien complète, exempte de sueur, il existe des symptômes de congestion sur tel ou tel organe. Dans le cas où la saignée est indiquée, mieux vaut plusieurs petites saignées qu'une saignée trop abondante.

Les sangsues n'ont pas l'inconvénient de la saignée, cependant il ne faut pas en abuser : la réaction, effort conservateur de la nature, doit être dirigée mais non enrayée. Elles conviennent à merveille sur l'épigastre, pour diminuer l'oppression, l'angoisse et aux malléoles ou aux apophyses mastoïdes pour débarrasser le cerveau congestionné.

Les *bains* que nous avons proscrits dans la période asphyxique sont ici de la plus grande utilité : quelquefois l'angoisse épigastrique augmente dans le bain; alors il faut en abréger la

(1) Je ne saurais donner assez d'éloges au zèle et au dévoûment de toutes les personnes qui ont été attachées à l'ambulance du trésor; de M. Meurice, agent comptable et directeur qui s'est établi à poste fixe et n'a pas quitté un seul instant la maison pendant le cours de l'épidémie, de M. le docteur Cartaux, qui a bien voulu être mon adjoint, de MM. Mas, Féron, Maffran, de Clareuil, élèves en médecine. Il n'est pas jusqu'aux infirmiers qui ne rivalisassent de zèle. Les médecins attachés au bureau de secours se fesaient un plaisir de nous seconder. Les malades étaient visités, soignés par leurs parents, qui témoins de nos efforts, ne pouvaient assez exprimer toute leur reconnaissance. J'ai compris combien de petits hôpitaux établis dans chaque quartier et affectés exclusivement aux malades de ce quartier, seraient utiles.

durée pour y revenir plus tard. Quelques affusions d'eau fraîche sur la tête diminuent le mouvement de congestion vers le cerveau. Le malheureux Dance, si déplorablement enlevé à la science et à l'humanité, ne se trouvait bien que dans le bain, et les affusions froides seules calmaient cette angoisse épigastrique, cet étouffement qui faisaient son supplice. Les stimulants intérieurs et extérieurs, les toniques, les opiacés doivent être complètement supprimés; les boissons seront adoucissantes et variées au gré du malade ou suivant les indications. L'eau de Seltz, l'eau de tilleul, l'eau de poulet légère, la solution de gomme, la décoction de salep, d'avoine, d'arrowroot, etc., voilà celles dont j'ai fait le plus fréquemment usage. Elles seront administrées fraîches, dégourdies, rarement frappées de glace.

La face devient-elle d'un rouge vineux, enluminée? on y remédie par l'application sur le front, de compresses imbibées d'oxicrat, d'une vessie d'eau froide, par des cataplasmes aux extrémités inférieures.

Très souvent un hoquet persévérant se manifeste; des vomissements opiniâtres tourmentent les malades; il ne faut pas s'en effrayer. Ces symptômes n'ont point ici la gravité qu'ils offrent dans d'autres cas; ils céderont tôt ou tard; souvent le hoquet se dissipera spontanément et s'usera en quelque sorte. Des morceaux de glace dans la bouche, ou l'eau frappée de glace, la glace sur l'épigastre, la pommade ammoniacale sur l'épigastre, ou bien des bains, quelques sangsues; voilà le traitement.

L'angoisse épigastrique, l'étouffement, le sentiment de barre, seront combattus par les mêmes moyens, par le vésicatoire dorsal, s'il n'a pas été encore employé, par des frictions calmantes sur les régions douloureuses et par des frictions stimulantes sur les régions éloignées. Le temps, la patience, une foule de petits moyens que le moment et quelquefois le cœur suggère, que les livres n'apprennent pas, amèneront à bon port un malade qui paraissait voué à une mort certaine.

Trop souvent, néanmoins, on ne saurait assez le redire, l'économie épuisée ne réagit qu'incomplètement; ou bien la réaction a déterminé sur divers points des inflammations qui peuvent amener la mort, soit dans l'état aigu, soit dans l'état chronique; d'où la nécessité de n'user qu'avec une grande modération des stimulants intérieurs et des vomitifs. D'autres fois le malade meurt dans la stupeur et l'état typhoïde, et plus d'un praticien s'est repenti d'avoir employé l'opium à trop forte dose pendant la période asphyxique. N'oublions jamais que l'économie insensible aux moyens thérapeutiques les plus énergiques lorsqu'existe un désordre considérable, subit leur influence au summum d'intensité alors que se manifestent les symptômes de réaction.

Thérapeutique dans la convalescence.

Le choléra-morbus est redoutable jusque dans la convalescence: combien de malades échappés au double danger de la période asphyxique et de la période de réaction, ont succombé convalescents, victimes d'erreurs dans le régime!

On ne saurait se rendre compte de la différence qui existe entre les divers individus, sous le rapport de la rapidité plus ou moins grande du retour à la santé: les uns reprenant en peu de jours leurs forces, et même leur embonpoint; les autres traînant pendant plusieurs mois, rechutant à la moindre erreur dans le régime; sans cause connue, et quelques-uns mêmes finissant par succomber. L'idiosyncrasie, le degré de gravité de la fluxion primitive, le désordre qui suit la réaction, le traitement primitif, le traitement consécutif; que de causes propres à faire concevoir et même à expliquer les différences de résultats! Il serait d'ailleurs superflu de tracer des règles de conduite pour chacun des cas particuliers qui peuvent se présenter: le traitement doit être le même que dans les états morbides du même ordre développés sous toute autre influence que celle du choléra.

ENTÉRITE FOLLICULEUSE PRIMITIVE AIGUË.

(PLANCHES I, II, III, IV, VII[e] LIVRAISON.)

> Il est déplorable de voir périr tant d'individus jeunes et vigoureux par une lésion aussi circonscrite et aussi bien définie.

Il existe une maladie aiguë très-grave et très-fréquente, tantôt sporadique, tantôt épidémique, dont le caractère anatomique le plus constant est une lésion plus ou moins profonde des follicules muqueux, solitaires et agminés de la fin de l'intestin grêle; dont le caractère clinique dominant est tantôt la prostration et la stupeur, tantôt un délire symptomatique, avec absence de douleur, ou d'autres symptômes locaux manifestes; dont la thérapeutique, encore incertaine, me paraît devoir être une combinaison prudente, ou plutôt une succession habilement ménagée des antiphlogistiques, des toniques et des stimulans internes, des stimulans et dérivatifs cutanés : je crois devoir appeler cette maladie *entérite folliculeuse primitive aiguë*.

Inconnue dans son siége et dans ses caractères anatomiques, mais parfaitement décrite dans ses symptômes par les anciens sous les titres divers de fièvres *putride, synoque, putride et non putride, pituiteuse, maligne, bilieuse, soporeuse, typhoïde;* et par l'école de Pinel, sous les noms correspondans de *fièvres muqueuse, adynamique, ataxique, ataxo-adynamique, fièvres graves,* l'entérite folliculeuse aiguë a été signalée, quant à son siége, par Rœderer et Wagler, sous le titre de *maladie muqueuse,* expression remarquable qui prouve que la fièvre n'était pour eux qu'une forme de maladie. Prost, dans un ouvrage qui fut accueilli avec défaveur dans le temps où il parut (1804), décrivit assez exactement les caractères anatomiques de l'entérite folliculeuse aiguë, sous les titres de fièvres adynamique, gastro-adynamique, ataxique, au premier ou au deuxième degré; mais elle a été pour la première fois (1813) considérée comme une maladie *spéciale* par MM. Petit et Serres, qui ont le mérite d'avoir groupé tous les symptômes autour de l'altération organique, sous la dénomination de *fièvre entéro-mésentérique,* découverte importante qui semble avoir préparé la réforme opérée dans ces derniers temps dans la doctrine des fièvres. Des histoires plus ou moins complètes de cette maladie ont été publiées depuis par M. Broussais et son école sous le titre de *gastro-entérite,* par les élèves de M. Bretonneau de Tours, qui a signalé beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui son siége dans les follicules agminés, sous le titre de *dothinentérite;* par les élèves de M. Bailly, sous le titre *d'iléo-diclidite;* et dans un ouvrage *ex-professo,* qui vient d'être publié, sur le même sujet, par M. Louis, sous le titre d'*affection typhoïde* (*).

Les nombreuses occasions que j'ai eues d'observer cette maladie soit sporadiquement, soit épidémiquement (**), m'ont permis de l'étudier sous toutes ses formes et dans tous ses degrés; ce sont ces formes diverses et ces degrés qui vont faire le sujet d'une série de planches. Je ferai

(*) Recherches anatomico-pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvres typhoïdes, etc. Paris, 1829. 2 vol. in-8.

(**) C'était une tradition à l'Hôtel-Dieu, depuis longues années, que les lésions anatomiques qui accompagnent les fièvres graves; et les élèves internes du même temps que moi (1812, 13, 14, 15), diagnostiquaient aussi sûrement qu'on peut le faire maintenant le siége et les caractères anatomiques de l'altération : plusieurs de mes camarades d'étude doivent se rappeler que, fatigués des dénominations si vagues de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique, voyant la même fièvre revêtir tour-à-tour ces divers caractères sur lesquels on s'entendait bien rarement, nous avions pris le parti de les appeler des fièvres intestinales. Ce qui nous embarrassait, c'était la question de savoir si l'altération était cause, ou effet, ou complication. (Voyez Essai sur l'Anatomie pathologique, 1816; Avant-propos, pag. XVI, et t. I, pag. 133, art. Fièvres.) Ce qui nous embarrassait encore, c'était la médication. La doctrine de l'irritation a soulevé un coin du voile; mais, je ne crains pas de le dire, la véritable méthode de traitement est encore à trouver.

précéder quelques propositions générales qui seront comme le résumé rapide des notions que j'ai pu acquérir sur cette maladie.

Des formes anatomiques de l'entérite folliculeuse primitive aiguë.

I. L'entérite folliculeuse primitive aiguë est le caractère anatomique le plus constant des maladies décrites sous les noms de fièvres muqueuse, lente nerveuse, bilieuse grave, putride, adynamique, maligne, ataxique, soporeuse, typhoïde, etc. Néanmoins, toute lésion aiguë et grave d'un organe important à la vie peut, comme l'entérite folliculeuse, revêtir trois formes générales bien distinctes : 1° la forme *sanguine, inflammatoire* ou *active;* 2° la forme de prostration ou de stupeur, *forme adynamique;* 3° la forme d'excitation désordonnée ou de délire, *forme ataxique.* Ainsi il est des pneumonies, des pleurésies, des hépatites, des phlegmons, des érysipèles, des phlébites, des arachnitis qui, se dépouillant pour ainsi dire de leurs phénomènes locaux, peuvent se manifester sous la triple forme inflammatoire, adynamique ou ataxique, en l'absence de toute douleur locale. On ne peut donc, sans faire le sacrifice du siége de la maladie et de la lésion qui la constitue essentiellement, conserver la dénomination de fièvre inflammatoire ou synoque non putride, de fièvre adynamique, fièvre ataxique, fièvre typhoïde, pour désigner l'entérite folliculeuse aiguë; car il est des fièvres inflammatoires adynamiques et ataxiques qui sont pneumoniques, pleurétiques, etc.

II. L'entérite folliculeuse primitive aiguë n'est point une entérite proprement dite, encore moins une gastro-entérite, l'estomac étant presque toujours sain dans cette maladie : vous aurez beau ingérer, soit par la bouche, soit par l'anus, tous les âcres, tous les stimulans imaginables, vous ne produirez jamais d'entérite folliculeuse; de là l'innocuité des vomitifs, des purgatifs, et même l'avantage qu'on a paru en retirer dans un grand nombre de cas; de là les avantages des stimulans de toute espèce dans d'autres cas, tous moyens qui seraient incendiaires dans de véritables entérites.

III. L'entérite folliculeuse primitive aiguë a constamment pour siége la fin de l'intestin grêle. La valvule iléo-cœcale est le foyer principal de l'altération, qui s'étend de là comme d'un centre en diminuant graduellement au dernier pied, aux deux ou trois derniers pieds de l'intestin grêle. Le bord libre de la valvule iléo-cœcale est en général la limite invariable de l'altération, et jamais peut-être on ne vit d'exemple plus frappant de l'influence du mode de vitalité sur les lésions organiques. Il arrive néanmoins assez souvent que les follicules du cœcum, de l'appendice iléo-cœcale et du colon ascendant participent à l'altération. Constamment les ganglions du mésentère qui correspondent à l'intestin malade sont enflammés, d'où le nom de fièvre entéro-mésentérique, imposé à cette maladie. Du reste, comme les plaques agminées occupent toutes le bord convexe de l'intestin, on ne doit pas être surpris de voir l'altération par plaques affecter exclusivement ce bord convexe, circonstance qui n'avait point échappé à MM. Petit et Serres, auxquels il n'a manqué, pour donner une histoire complète de l'entérite folliculeuse, que la connaissance exacte des follicules de Peyer; car, dans le plus grand nombre des cas, la forme de l'altération rend si exactement celle des follicules agminés, que l'observateur le moins attentif aurait pu faire ce rapprochement.

IV. L'entérite folliculeuse aiguë se présente sous *cinq formes anatomiques principales :* 1° sous la forme granuleuse et gaufrée; 2° sous la forme pustuleuse, dont la forme fongueuse n'est qu'une variété; 3° sous la forme ulcéreuse; 4° sous la forme gangréneuse : 5° l'inflammation des ganglions mésentériques, qui paraît n'être qu'accessoire, consécutive dans le plus grand nombre des cas, devient quelquefois prédominante et constitue une forme bien remarquable de la maladie; 6° je crois devoir rapprocher de l'entérite folliculeuse l'entérite pseudo-membraneuse.

V. La *forme granuleuse et gaufrée* est la forme anatomique la plus simple; c'est celle qui a été si bien décrite et même figurée par Rœderer et Wagler, qui en ont bien apprécié le siége. MM. Petit et Serres l'ont appelée fièvre entéro-mésentérique boutonneuse. Elle consiste en des granulations saillantes, simulant une éruption, en sorte que quelques observateurs les ont

décrites comme un exanthème, une éruption intestinale varioleuse ou autre. On pourrait même, en poussant plus avant cette fausse analogie, admettre une éruption discrète et une éruption confluente; car les granulations sont tantôt disséminées, tantôt groupées et comme tassées. J'ai vu récemment un cas dans lequel les deux derniers pieds de l'intestin grêle étaient hérissés de granulations fortement pressées les unes contre les autres et remplissant exactement l'intervalle que laissaient entre elles les plaques agminées. Plusieurs étaient ulcérées à leur centre; mais le plus grand nombre n'offrait aucune perforation, et représentait de très-gros grains de mil ou même des petits pois. L'individu auquel je fais allusion avait éprouvé des symptômes ataxiques, et sa maladie n'avait duré que douze jours. Quelquefois la lésion est bornée aux follicules isolés; d'autres fois, ce sont au contraire les follicules agminés qui sont principalement affectés. Plus fréquemment la lésion porte en même temps sur les uns et sur les autres. Dans les points intermédiaires la muqueuse est en général parfaitement saine. Or les follicules agminés, lorsqu'ils sont seulement plus développés que de coutume, se présentent sous la forme de *plaques gaufrées*, chaque point déprimé répondant à l'ouverture d'un follicule. Ces plaques gaufrées sont plus ou moins proéminentes, mais jamais autant proportionnellement que les follicules isolés eux-mêmes, ce qui tient à ce que les plaques de Peyer sont logées dans l'épaisseur même de la tunique fibreuse de l'intestin, tandis que les follicules isolés font saillie à la surface interne; aussi l'altération des premières est-elle sensible à l'extérieur, et un œil médiocrement exercé reconnaît-il la lésion à la simple inspection du bord convexe de la fin de l'intestin grêle. Quant à l'altération en elle-même, elle consiste tantôt dans un simple développement, et alors la cavité du follicule est remplie par du mucus épaissi; tantôt dans une inflammation aiguë, et dans ce cas le follicule est plein de pus ou de matière pseudo-membraneuse : il n'est pas rare de voir un follicule abcédé s'ouvrir sous la muqueuse et le pus fuser à une plus ou moins grande distance sous cette muqueuse intacte.

VI. Une seconde forme anatomique de l'entérite folliculeuse aiguë est la *forme pustuleuse*, qui consiste en des plaques saillantes pustuleuses, que je ne puis mieux comparer pour l'aspect, qu'à ces pustules syphilitiques humides qui se développent si fréquemment autour de la marge de l'anus, sur le scrotum et sur les grandes lèvres. Ces pustules, généralement arrondies, quelquefois crevassées à leur surface, excavées à leur centre, présentent des dimensions variables: tantôt lenticulaires; ce sont celles qui se développent aux dépens des follicules isolés; tantôt d'un pouce, d'un pouce et demi, et même deux pouces de long sur demi-pouce de largeur, oblongues et elliptiques comme les plaques agminées aux dépens desquelles elles sont formées. Il n'est pas rare de voir une pustule au centre d'une plaque de Peyer, laquelle est d'ailleurs saine dans tout le reste de son étendue; quelquefois même on trouve plusieurs pustules le long d'une plaque un peu considérable, et les intervalles qui les séparent parfaitement sains. Tantôt ces pustules sont rares, disséminées; tantôt elles sont groupées de manière à ne laisser aucun intervalle entre elles et à former un anneau complet; cela s'observe surtout auprès et aux dépens de la valvule iléo-cœcale. Au reste, ces différences tiennent en grande partie aux variétés innombrables que présentent les follicules sous le point de vue de leur groupement chez les divers individus. On ne saurait méconnaître dans ces plaques une affection simultanée ou successive et des follicules et de la membrane muqueuse ou papillaire qui les revêt : leur tissu est dense, résistant, fragile; si on les divise sous l'eau, et si on les exprime légèrement, on en voit suinter comme du pus qui trouble la transparence du liquide. Elles sont tantôt d'une couleur rosacée, ou noires d'injection, tantôt pâles; différence de couleur qui dépend souvent de l'époque où on les observe. Ces pustules tendent essentiellement à l'ulcération, à la désorganisation; quelquefois elles s'escarrifient en masse, et dans ce cas, il n'est pas rare de voir le feuillet iléal de la valvule iléo-cœcale et la portion voisine de la muqueuse être complètement détruits par une ulcération circulaire; dans d'autres cas, de petites ulcérations se manifestent çà et là et sont remplies par une matière concrète et comme pseudo-membraneuse. La forme pustuleuse est l'une des plus rapides et l'une des plus graves que puisse affecter l'entérite folliculeuse;

constamment à cette forme anatomique répondent des symptômes ataxiques. Je me rappellerai toujours qu'un intestin me fut présenté à l'une de mes leçons; c'était l'entérite folliculeuse (forme pustuleuse). Je n'avais aucun renseignement sur le malade auquel il avait appartenu, et pourtant je fis de ce malade une histoire très-exacte, du moins quant aux choses essentielles, au grand étonnement des personnes qui m'avaient apporté la pièce pathologique. Je dois ajouter que l'altération des follicules du gros intestin est plus fréquente dans cette forme que dans toutes les autres, et cette altération se manifeste tantôt sous la forme de gros boutons ulcérés à leur centre, tantôt sous celle de petites ulcérations que je ne saurais mieux comparer qu'aux dépressions que laisse après elle la petite-vérole confluente. L'altération semble avoir pour point de départ le cœcum, et s'étendre de là, en diminuant, aux colons ascendant et transverse. Je l'ai vue reparaître ensuite vers le rectum aussi intense que dans le cœcum.

Je regarde comme une variété de la forme pustuleuse la *forme fongueuse* dans laquelle la muqueuse qui revêt les follicules agminés est soulevée, mais d'une manière irrégulière, et présente des milliers de petites ouvertures à bords rouges au niveau des ouvertures de chaque follicule.

La forme granuleuse et gaufrée, la forme pustuleuse tendent essentiellement à l'ulcération; mais alors cette ulcération est consécutive; elle est primitive dans les formes qui me restent à décrire.

VII. La *forme ulcéreuse,* terminaison commune des formes précédentes, est très-souvent primitive. Tantôt, lorsque la maladie a été rapidement funeste, elle se présente sous l'aspect d'une infinité de très-petites ulcérations superficielles, à limbe rouge; chaque follicule est transformé en un petit ulcère; les plaques de Peyer sont elles-mêmes parsemées çà et là de petites ulcérations au milieu des autres follicules intacts. Tantôt on trouve des ulcères plus ou moins larges, coupés à pic, à la manière des ulcères syphilitiques, souvent irrégulièrement festonnés, souvent aussi représentant assez exactement et pour la forme et pour le siége les follicules agminés, elliptiques comme eux, à fond grisâtre formé par la membrane musculeuse, ou bien encore par le péritoine lui-même qui est comme disséqué. Souvent on rencontre au fond et aux bords de ces ulcérations, des vaisseaux artériels et veineux qui ont échappé au travail désorganisateur; d'autres fois, ces vaisseaux ont été en partie détruits. Entre ces larges ulcérations se voient de petites ulcérations évidemment formées aux dépens des follicules épars. Il est clair que dans ces cas, non-seulement les follicules sont détruits par le travail ulcéreux, mais encore la membrane muqueuse, la membrane fibreuse et même consécutivement la membrane musculeuse : enfin le péritoine lui-même n'échappe pas à l'usure, d'où la perforation, accident si fréquent dans cette maladie : la muqueuse est souvent décollée dans une plus ou moins grande étendue au pourtour de l'ulcération, et ses bords comme frangés.

Cette forme ulcéreuse présente beaucoup d'analogie avec les ulcères intestinaux des phthisiques, l'identité est quelquefois complète; et pourtant quelle différence dans les symptômes! L'acuité ou la chronicité de la marche, la succession ou la simultanéité des lésions, les conditions dans lesquelles se trouve l'économie, l'infection du sang par une cause miasmatique extérieure, ou bien par une influence atmosphérique ordinaire, par un foyer de lésion organique, sont autant de données qu'il faut faire entrer dans la solution du problème des maladies.

VIII. La *forme gangréneuse* est quelquefois consécutive à la forme pustuleuse; souvent elle est primitive et présente deux variétés. Tantôt la gangrène est circonscrite aux plaques folliculeuses et aux follicules eux-mêmes, tantôt elle s'étend beaucoup au-delà. 1°. Dans la *gangrène circonscrite,* le follicule et la portion adjacente de la muqueuse se détachent à la manière d'un bourbillon, les plaques agminées se séparent à la manière d'une escarre; l'intestin peut être perforé immédiatement dans ce travail désorganisateur. 2°. Dans la *gangrène non circonscrite* et *diffuse,* le travail morbide a bien commencé par les follicules, mais la désorganisation envahit au loin les membranes muqueuse, fibreuse, et une couche plus ou moins épaisse de la membrane musculeuse, quelquefois le péritoine lui-même. Ces deux variétés de gangrène, la diffuse et la circonscrite, se rencontrent presque toujours simultanément, ce qui établit leur identité. La forme

gangréneuse circonscrite est la seule à laquelle puisse s'appliquer l'expression de dothinentérite, qui veut dire furoncle de l'intestin, dénomination que je ne puis adopter, 1° parce qu'elle n'est pas nécessaire, 2° parce qu'elle tend à donner une fausse idée de la maladie.

IX. Dans toutes les formes d'entérite folliculeuse aiguë que je viens d'énumérer, les ganglions mésentériques correspondans participent plus ou moins à l'inflammation des follicules; de là sans doute la dénomination de *fièvre mésentérique* imposée par Baglivi à un certain ordre de fièvres malignes; de là l'expression de *fièvre entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres. Or il se rencontre des cas dans lesquels l'inflammation des ganglions mésentériques paraît la lésion principale, l'inflammation folliculeuse n'étant nullement en rapport soit avec l'altération de ces ganglions, soit avec les symptômes. Or les ganglions mésentériques principalement affectés sont 1° ceux très-nombreux qui occupent l'angle droit que forme l'iléon avec le colon ascendant (angle iléo-colique); 2° ceux qui avoisinent la fin de l'iléon; 3° un groupe de ganglions qui occupent le bord adhérent du mésentère et par conséquent qui longent la colonne vertébrale. Leur volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon; quelquefois ils sont réduits en bouillie lie de vin et vraiment désorganisés, d'autres fois ils sont pleins de pus rougeâtre, ou d'un blanc crêmeux; enfin ils contiennent un pus concret, semi-tuberculeux. Il n'est pas rare de voir tous ou presque tous les ganglions mésentériques d'un rouge intense et comme pénétrés de sang, sans augmentation sensible de volume.

X. C'est à la suite de la forme gangréneuse, ou bien de la forme ulcéreuse, soit primitive, soit consécutive de l'entérite folliculeuse, que se voient ces perforations du péritoine, si subitement mortelles par le double effet et de la tympanite abdominale et de la péritonite sur-aiguë. J'ai vu des malades mourir suffoqués par le seul fait de la tympanite abdominale. C'est encore à la suite de ces mêmes formes (gangréneuse et ulcéreuse) d'entérite folliculeuse qu'on voit survenir des hémorrhagies intestinales plus ou moins graves et quelquefois mortelles, ainsi que j'en ai vu un exemple remarquable. On trouve la raison de cette hémorrhagie dans une artère plus ou moins volumineuse ouverte au fond d'une ulcération.

XI. Bien que les diverses formes que je viens d'indiquer soient distinctes les unes des autres dans un grand nombre de cas, cependant il n'est pas rare de les rencontrer combinées diversement : ainsi la forme granuleuse et la forme pustuleuse sont très-souvent simultanées; la forme ulcéreuse et la forme gangréneuse marchent souvent de front sur le même intestin. Quelquefois on rencontre ces lésions à divers états qui attestent qu'elles ne sont point contemporaines, mais bien qu'elles se sont successivement développées. Souvent l'histoire de la maladie jette une vive lumière sur l'interprétation de la lésion organique, et à une recrudescence des symptômes répond une altération organique nouvelle. A côté d'une lésion parvenue à son summum d'intensité, on trouve une lésion commençante; à côté d'une lésion à moitié cicatrisée se rencontre une lésion à son summum d'intensité.

XII. Il est une autre forme d'entérite qui, bien qu'elle ne se rapporte pas à l'espèce folliculeuse, mérite d'être rapprochée des précédentes avec lesquelles elle a beaucoup d'analogie sous le point de vue clinique; c'est l'*entérite pseudo-membraneuse*, dans laquelle une portion plus ou moins étendue de la fin de l'intestin grêle et de la portion voisine du gros intestin est enduite d'une matière caséiforme, très-adhérente, d'un blanc jaunâtre, plus moins morcelée, qui forme à chaque papille une gaîne incomplète : sous elle la muqueuse est d'un rouge foncé.

XIII. Un point très-important dans l'histoire anatomique de l'entérite folliculeuse, ce sont les états divers des vaisseaux de la muqueuse et du péritoine. Il n'est pas rare de rencontrer la muqueuse parfaitement saine et dépourvue de toute injection vasculaire entre les granulations, les pustules ou les ulcérations; dans d'autres cas, la muqueuse est prodigieusement injectée, d'un rouge noir dans une plus ou moins grande étendue; enfin la rougeur peut être circonscrite autour de la granulation, de la pustule, ou au limbe de l'ulcération. L'état du péritoine n'est pas moins digne d'intérêt. Lorsque la lésion est bornée aux follicules et à la muqueuse, l'altération ne s'étend jamais du côté du péritoine; la membrane fibreuse sert de barrière à

son extension du dedans au dehors, de même que, dans d'autres cas, à son extension du dehors au dedans; mais aussitôt que cette barrière a été franchie, que la tunique musculeuse est envahie, le péritoine y participe plus ou moins : l'injection vasculaire est le plus souvent locale; à chaque pustule, à chaque ulcération intérieure répond une tache violacée à l'extérieur. Aussi un œil un peu exercé reconnaît-il, à l'inspection de la surface externe de l'intestin grêle, l'état de la surface interne; de même qu'à l'inspection du mésentère on juge l'état des ganglions contenus dans son épaisseur. Dans d'autres cas, il n'y a pas seulement injection du péritoine, il y a péritonite sub-aiguë, tantôt partielle, locale, circonscrite aux régions hypogastrique et iliaque, tantôt générale; enfin il n'est pas rare de voir survenir tout-à-coup par la simple extension de l'inflammation une péritonite aussi aiguë que celle qui succède immédiatement à une perforation intestinale.

XIV. L'histoire anatomique de l'entérite folliculeuse comprend encore l'étude de la cicatrisation des pertes de substances qui résultent de la plupart des altérations que je viens d'indiquer. Or, un certain nombre d'individus succombant par une foule de circonstances, soit pendant leur convalescence, soit à une époque plus ou moins éloignée, il a été facile de constater que cette cicatrisation suivait absolument les mêmes lois que celles des pertes de substance de la peau et de tous les autres organes.

Formes cliniques de l'entérite folliculeuse primitive aiguë.

XV. Les grands observateurs de l'antiquité avaient reconnu qu'il existe un certain nombre de maladies fébriles qui ont un point de départ évident, manifesté par la douleur et par une gêne plus ou moins grande dans les fonctions de l'organe, tandis que d'autres n'ont aucun point de départ spécial, et semblent être des maladies de l'ensemble de l'organisation : les premières, dans lesquelles l'état local domine manifestement l'état général, ont été appelées *symptomatiques ;* ou plutôt, on les a dénommées d'après la lésion locale; quant aux secondes, dans lesquelles l'état général paraît au contraire dominer l'état local, on leur a réservé le nom de *fièvres,* comme qui dirait fièvres par excellence; l'épithète de *primitives* ou *essentielles* est une création moderne. Cette distinction est tellement dans la nature que nous la trouvons reproduite, soit implicitement, soit explicitement, dans tous les observateurs depuis Hippocrate, quelle que soit d'ailleurs la doctrine ou le système dominant à l'époque où ils écrivaient.

XVI. L'anatomie pathologique pouvait seule révéler cette grande vérité, qu'il est un grand nombre d'inflammations sans douleur, sans symptômes locaux notables, et que ces inflammations sans douleur réagissent sur le centre cérébral, sur le centre circulatoire, et sur toutes les fonctions d'une manière plus intense peut-être que les phlegmasies avec douleur. Enfin il est des inflammations qui, après avoir débuté par des symptômes locaux, présentent une disparition complète de ces phénomènes, pour revêtir la même forme que les phlegmasies sans douleur, et réciproquement des phlegmasies sans douleur qui revêtent, au bout d'un certain temps, la forme des phlegmasies avec douleur.

XVII. Si la forme *typhoïde* est commune à toutes les phlegmasies sans douleur, on peut dire qu'aucune ne la présente à un plus haut degré que l'entérite folliculeuse aiguë : à peine frappé, le malade éprouve un brisement complet des membres, une prostration excessive; il est forcé de s'aliter : la face porte l'empreinte de la stupeur, il reste immobile dans son lit, insensible, dans une sorte d'engourdissement; la tête, les membres lui semblent d'une lourdeur excessive; le système musculaire est le plus promptement, le plus profondément affecté, d'où le nom de *fièvre adynamique* (Pinel); les lèvres, les dents et la langue desséchées deviennent fuligineuses : le malade ne désire rien, rien que le repos; ne lui demandez point de commémoratifs, et surtout ne lui adressez pas de questions qui exigent autre chose qu'une réponse affirmative ou négative; il vous répondra à tort et à travers, car il n'a pas la force de penser, encore moins celle de suivre et de rapprocher ses idées; la vie semble attaquée dans sa source.

XVIII. La forme ataxique n'est pas moins fréquente que la forme typhoïde; elle est sans contredit bien plus grave : dans le plus haut degré le malade succombe en quelques jours, et souvent inopinément avec le délire le plus violent, à la manière des arachnitis sous forme délirante.

Un charron vigoureux, âgé de vingt-cinq ans, est apporté il y a quelques jours à la Maison royale de Santé; il jouissait de toute sa raison. La nuit, délire violent; il se croit assassin de tous les rois et croit qu'on veut le tuer. La face est rouge, couverte de sueur; le pouls large, plein, presque naturel pour la fréquence; vociférations; langue naturelle; salive peu abondante et écumeuse. L'abdomen est volumineux. Je diagnostique une entérite folliculeuse. Vingt sangsues aux jugulaires. Il meurt pendant la nuit. L'ouverture du cadavre nous a appris que c'était effectivement une entérite folliculeuse aiguë (forme pustuleuse). Sa maladie datait de sept à huit jours, et rien n'annonçait une fin aussi prochaine. La même nuit est mort un élève en pharmacie, qui présentait un délire taciturne relatif aux objets habituels de ses études; je ne pouvais obtenir de réponses qu'en lui parlant de chimie, et il paraissait plein de vie à ma dernière visite; observé par l'interne (M. Sestié), à dix heures du soir, son état lui parut à peu près le même qu'à la visite du matin. Il mourut à onze heures. J'avais diagnostiqué une entérite folliculeuse aiguë; et l'autopsie justifia complètement mon diagnostic. Dans l'un et l'autre cas, les méninges étaient moyennement injectées. Il n'est pas rare de voir le délire reparaître ou augmenter notablement à la même heure, le pouls presque apyrétique dans l'intervalle des exaspérations, et la maladie simuler une intermittence pernicieuse.

Quel est le praticien qui n'ait pris le change dans quelques cas, et qui n'ait cru à un délire symptomatique alors qu'il avait à traiter un délire idiopathique, et réciproquement? Ce serait un grand service à rendre aux praticiens que de leur donner des signes certains à l'aide desquels ils puissent, dans tous les cas, distinguer le délire symptomatique du délire idiopathique. Au reste, cette difficulté se reproduit dans un grand nombre de maladies abdominales.

XIX. Les symptômes locaux sont d'autant moins prononcés que les symptômes cérébraux sont plus intenses : l'état ataxique est porté au plus haut degré, la péritonite sur-aiguë elle-même, suite de perforation intestinale, a lieu sans douleur. La pression abdominale, soit antéro-postérieure, soit latérale, ne me paraît que d'une valeur très-secondaire, et je n'attache que peu d'importance pour le diagnostic à l'existence comme à la non-existence de la douleur. L'anatomie pathologique explique en partie ce fait en montrant que, chez le plus grand nombre des sujets, les deux derniers pieds de l'intestin grêle, siége presque exclusif de l'entérite folliculeuse, sont contenus dans l'excavation du bassin; mais l'absence de la douleur tient bien davantage au mode d'inflammation qu'à la circonstance anatomique que je viens d'indiquer. La douleur ne se manifeste franchement que lorsque l'inflammation s'étend au péritoine; alors l'hypogastre et souvent la totalité de l'abdomen devient volumineux, ballonné, et résiste sous la pression.

XX. Il n'est pas rare de voir la maladie présenter alternativement la forme typhoïde et la forme ataxique; alors c'est presque toujours la forme ataxique qui est consécutive. Souvent la forme est mixte, il y a une sorte de combinaison de stupeur et de délire. Enfin il est des entérites folliculeuses qui se manifestent sous une forme sub-aiguë; la maladie marche *uno tenore* sans augmentation ni diminution, pendant vingt-un, vingt-huit, quarante jours; c'est l'état de prodrome des maladies aiguës à l'état permanent, d'où le nom de *fièvre lente nerveuse*, qui lui a été imposé par Huxham; de *maladie muqueuse chronique*, par Rœderer et Wagler; c'est *l'entérite folliculeuse sub-aiguë*.

XXI. Comment rattacher des symptômes aussi graves que ceux dont je viens de faire l'énumération à une lésion aussi circonscrite du canal intestinal? N'est-il pas plus probable que ces symptômes dépendent d'une cause agissant sur l'ensemble de l'économie : cette maladie locale n'est peut-être qu'une éruption analogue aux éruptions labiales ou cutanées, une sorte de crise qui, salutaire si elle se fût portée à la peau, devient nuisible parce qu'elle se dirige sur un organe important à la vie.

XXII. Après avoir bien réfléchi à cette grande et importante question, je reste convaincu que, dans l'entérite folliculeuse aiguë, l'état général, que l'on comprend sous le nom collectif de fièvre, est symptomatique au même titre que la fièvre dans les maladies éruptives, que la fièvre dans la pneumonie et la pleurésie.

XXIII. Dans les maladies éruptives, variole, scarlatine, rougeole, certes ce n'est pas l'éruption qui gouverne la fièvre, mais la fièvre qui gouverne l'éruption; il serait absurde de dire que la fièvre morbilleuse, ou varioleuse, ou scarlatineuse, est symptomatique d'une éruption qui n'existe pas encore. Eh bien! il en est de même dans la pleurésie, dans la pneumonie, dans l'érysipèle, dans les maladies qui sont le plus essentiellement locales : un individu s'expose à une suppression de transpiration; il est pris de fièvre immédiatement ou quelques jours après? Y a-t-il déjà pneumonie, pleurésie, érysipèle? Non certainement; la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle ne se déclarent qu'au bout de douze, vingt-quatre heures, et quelquefois deux jours, trois jours après; donc la fièvre n'est pas symptomatique de cette pneumonie, de cette pleurésie, de cet érysipèle? Et lorsque la fièvre vient à tomber, croyez-vous que la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle soient dissipés? Pas plus que la variole, la rougeole et la scarlatine à la chute de la fièvre qui les accompagne; la cessation des phénomènes généraux annonce que la maladie locale est bornée, qu'elle ne fera plus de progrès, à moins d'une cause nouvelle, et que la résolution va avoir lieu.

XXIV. Ce que je viens de dire s'applique exactement à l'entérite folliculeuse aiguë; la fièvre précède l'inflammation de douze, vingt-quatre, quarante-huit heures, trois jours, comme la fièvre de la pneumonie; la fièvre persiste et augmente tout le temps que s'accroît le travail local désorganisateur qui n'est pas la cause de la fièvre, mais qui en est la mesure, de la même manière et par la même raison que la fièvre persiste et augmente tout le temps que s'accroît l'inflammation du poumon. Aussitôt que s'arrête le mouvement fébrile, l'entérite folliculeuse aiguë n'est pas guérie, elle est seulement bornée; elle ne fera plus de progrès à moins d'une cause nouvelle; elle tend à la cicatrisation. Ces faits sont faciles à vérifier dans la pleurésie, la pneumonie, dont les symptômes locaux persistent, identiquement les mêmes, huit à dix jours après la chute de la fièvre. J'ai eu plusieurs occasions de la constater dans le cas d'entérite folliculeuse; quelques malades étant morts accidentellement, à vingt, trente, quarante jours de convalescence, j'ai été étrangement surpris de trouver dans le canal intestinal, au lieu des cicatrices que je cherchais, des ulcérations aussi profondes et aussi étendues qu'au plus fort de la maladie.

XXV. On voit donc qu'il y a deux choses, cliniquement parlant, dans l'entérite folliculeuse aiguë, comme d'ailleurs dans toutes les phlegmasies; l'état local et l'état général : or dans les phlegmasies avec douleur, c'est l'état local qui est la source ou plutôt le régulateur des indications thérapeutiques; dans les phlegmasies sans douleur, c'est principalement l'état général, ou plus exactement l'état du système nerveux cérébro-rachidien.

XXVI. Cependant l'état local, bien que consécutif (mais consécutif à la manière de la pleurésie, de la pneumonie), bien qu'il soit latent dans le plus grand nombre des cas, ne doit pas être dédaigné : s'il n'explique pas l'état général, si dans le principe il ne peut être considéré que comme effet; une fois produit il s'élève au rang de cause, et semble régir par ses degrés, par la plus ou moins grande rapidité de sa marche, par ses phases diverses, les degrés, la marche et les phases de la maladie. Alors l'état de l'intestin rendra un compte aussi satisfaisant que possible de l'état général. Le système nerveux ganglionnaire, qui se distribue en si grande abondance aux parties malades, explique ici comme dans les hernies étranglées la prostration excessive des forces, et la part que prend le système nerveux central au désordre par la torpeur, la stupeur et le délire. L'état du cœur, que je regarde en général comme le thermomètre de l'état du système nerveux ganglionnaire, de même que l'état des muscles de la vie de relation est le thermomètre de l'état du système cérébro-spinal, donne en général assez bien la mesure de la gravité de l'altération et quelquefois aussi celle de la susceptibilité du sujet; quel-

quefois cependant un pouls presque naturel coïncide avec un état excessivement grave. Lorsque l'inflammation désorganisatrice ne se borne pas aux follicules et à la portion de la muqueuse qui les soutient, lorsqu'elle s'étend soit à la muqueuse elle-même, soit au péritoine; alors surviennent des phénomènes locaux et par conséquent des indications toutes locales.

Thérapeutique.

XXVII. De même qu'il est impossible d'arrêter subitement une maladie éruptive, la variole, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, et même une pleurésie, une pneumonie, une inflammation quelconque, de la faire avorter, de la couper pour ainsi dire à la manière d'une fièvre intermittente, lors même qu'on agit dès les premiers momens de l'apparition de la fièvre; de même l'entérite folliculeuse aiguë a nécessairement une certaine durée; et bien qu'il y ait quelque chose d'exagéré dans cette idée de Pinel, qui comparait la marche d'une maladie fébrile aux diverses périodes de l'accroissement d'un végétal, il n'y a pas moins d'exagération dans cette doctrine contraire qui proclame qu'on peut arrêter subitement une entérite folliculeuse aiguë par de larges applications de sangsues, en un mot par un traitement antiphlogistique énergique. L'impulsion fébrile une fois communiquée, vous pourrez, par une thérapeutique convenable, diminuer la gravité des symptômes, entraver la marche désorganisatrice de l'inflammation, prévenir quelques épiphénomènes; mais vous aurez beau faire, les deux ou trois septenaires, les quarante jours quelquefois seront nécessaires pour obtenir la solution complète de la maladie. Je possède des observations qui sont péremptoires à cet égard.

XXVIII. Toutefois, il est une distinction importante à faire entre les maladies qui surviennent subitement sans prédisposition marquée, par l'effet d'une suppression brusque de transpiration par exemple, et les maladies qui sont le résultat d'une action long-temps continuée dans les causes prédisposantes ou d'une infection miasmatique; un traitement énergique a bien plus de prise sur les premières que sur les secondes; et les entérites folliculeuses aiguës miasmatiques ou épidémiques, comme d'ailleurs toutes les phlegmasies, pneumonies, dysenteries, etc., miasmatiques ou épidémiques, sont incomparablement plus graves que les entérites folliculeuses aiguës sporadiques.

XXIX. Le typhus qui a régné épidémiquement dans nos hôpitaux par suite de l'encombrement, en 1813, 1814, n'était en général rien autre chose qu'une entérite folliculeuse primitive aiguë, ainsi qu'il m'a été souvent donné de le constater : la génération de cette maladie me paraît recevoir un jour tout nouveau de l'étude du typhus miasmatique, l'intensité de la cause permettant de la saisir par l'instantanéité de ses effets. Un individu sain s'expose à l'action d'un miasme; il séjourne dans une salle où sont comme entassés un grand nombre d'individus affectés de typhus. Le miasme est porté par l'air dans les poumons dont la muqueuse, si éminemment absorbante, sert bien plus communément de voie à l'absorption qu'à l'élimination des miasmes ou autres causes morbides, et en cela cette muqueuse est en opposition avec la peau et la muqueuse intestinale. Ce miasme absorbé est porté dans le torrent de la circulation et infecte le sang. Quelquefois il agit de suite; d'autres fois, semblable à un germe, il a besoin d'un certain temps d'incubation. Au moment de l'explosion, survient un froid plus ou moins violent, sorte de mouvement centripète qui annonce que l'économie est sous l'empire d'une cause qui l'opprime et que le système des forces épigastriques est profondément affecté. On a vu des individus mourir dans le frisson. Suivent le mouvement centrifuge ou de réaction, la chaleur, le développement du pouls; c'est dans ce moment que la cause miasmatique est portée sur tel ou tel organe, tantôt sur les follicules isolés ou agminés: alors survient l'entérite folliculeuse; tantôt sur la muqueuse du gros intestin : c'est alors la diarrhée, la dysenterie. D'autres fois la cause miasmatique est dirigée sur les poumons ou le cerveau; tantôt elle s'épuise sur un seul organe, tantôt elle se porte simultanément ou successivement sur plusieurs organes; or il est

telle constitution médicale dans laquelle la cause miasmatique se porte sur le gros intestin, telle autre sur les follicules agminés et solitaires de l'intestin grêle, telle autre sur les poumons, telle autre sur le cerveau, etc., et les variétés individuelles, les variétés d'influences de toute espèce au milieu desquelles se développent les typhus expliquent les différences innombrables que présentent les diverses épidémies.

XXX. De ce résultat de l'observation qui, par sa généralité, a toute la force d'un axiôme, savoir que dans l'état actuel de la science, l'entérite folliculeuse aiguë peut être modifiée dans sa marche, mais jamais arrêtée par nos médications, ne serait-on pas porté à inférer que le traitement n'a que peu ou point d'influence sur la marche de la maladie; et cette conséquence n'acquiert-elle pas une nouvelle force, si l'on considère la divergence des opinions qui existent au sujet de la thérapeutique de l'entérite folliculeuse aiguë? A l'appui de cette manière de voir, sont venus les calculs de M. Louis, qui, dans un ouvrage, fruit d'une longue et persévérante observation, où chaque fait est analysé sous toutes ses faces avec une patience au-dessus de tout éloge, a démontré, d'après ces calculs, que la durée de la maladie a été à peu près la même, les symptômes également graves et la terminaison également funeste sous l'influence des moyens thérapeutiques les plus opposés.

XXXI. Mais la méthode arithmétique importée dans l'étude de la vie me paraît en opposition avec le caractère éminemment variable et insaisissable des phénomènes des corps vivans. Chaque science a sa méthode et ses motifs de certitude; parmi les sciences naturelles, les sciences physiques se composent de phénomènes constans auxquels le calcul peut être appliqué avec avantage (d'où les sciences physico-mathématiques); mais dans les sciences zoologiques, les produits varient sans cesse comme les facteurs : ainsi dans les raisonnemens par chiffres, qui paraissent inattaquables au premier abord, combien de fois n'ajoute-t-on pas comme unités du même ordre des unités d'unité, des unités de dixaine et des unités de mille. Et celui qui voudrait importer le calcul dans la médecine ne ressemblerait-il pas à ce savant (Condorcet) qui conçut le projet bizarre d'appliquer la rigueur mathématique aux vraisemblances morales, qui voulait substituer des $a+b$ aux preuves juridiques écrites ou testimoniales; qui admettait des unités de preuves, des fractions de preuve et les réduisait en équations, à l'aide desquelles il prétendait décider algébriquement de la vie, de la fortune et de l'honneur des citoyens.

XXXII. A défaut d'autres preuves, je ne voudrais, pour montrer l'inutilité de ces tableaux arithmétiques, que la singularité des résultats; ainsi la vaccine n'est pas un bienfait, car la mortalité est tout aussi grande maintenant qu'avant sa découverte; ainsi la science ou l'ignorance, la prudence ou la témérité sont inutiles au lit du malade; la médecine elle-même est inutile, voyez les tables de mortalité partielles et générales. Ce qui importe au médecin, ce ne sont pas ces lois générales du balancement des êtres, de la mortalité de tel hôpital, de la mortalité de telle salle; ce ne sont point des résultats généraux de thérapeutique, car il n'y a en médecine que des individus, et pour avoir des calculs approximatifs, il faudrait pouvoir peser, mesurer, soumettre au calcul chaque cas individuel; autrement, comme je le disais tout-à-l'heure, vous ajouterez peut-être des unités d'unité avec des unités de dixaine, des unités de centaine, des unités de mille. Ce qui nous importe donc, ce sont des cas particuliers bien définis; or il est certain que dans tel cas particulier, telle méthode de traitement sera éminemment utile et telle autre méthode de traitement éminemment nuisible.

XXXIII. La thérapeutique de l'entérite folliculeuse aiguë ne me paraît point encore assise sur des bases inébranlables : consultez les divers praticiens. Si vous en exceptez quelques-uns qui ont sur ce point des idées fixes et qui ne dévient jamais d'un plan de traitement qu'ils ont invariablement arrêté, attribuant leurs succès à leur thérapeutique, leurs revers à la gravité inexpugnable de la maladie, si vous en exceptez, dis-je, ce petit nombre, vous verrez la plupart vacillans, sans règle et sans doctrine, ne pouvant s'expliquer d'une manière satisfaisante ni leurs succès ni leurs revers, se reprocher amèrement, dans les cas malheureux, les antiphlogistiques s'ils en ont usé, et les toniques ou les évacuans s'ils y ont eu recours.

XXXIV. Invoquerons-nous les causes de l'entérite folliculeuse aiguë pour nous éclairer sur sa thérapeutique, mais ces causes sont communes à un grand nombre de maladies; je n'en trouve aucune qui soit spéciale : une température froide et humide continue; le passage d'une température chaude ou froide à une température humide; une alimentation de mauvaise qualité, des affections morales tristes, voilà les causes les plus générales. Dans les hivers humides, nos hôpitaux de Paris sont pour ainsi dire encombrés d'entérites folliculeuses aiguës (*). Je l'ai observée épidémique à Limoges dans l'hiver de 1816 à 1817, et voici dans quelles conditions : l'année 1816 avait été remarquable par la bizarrerie de sa température: toutes les saisons furent confondues; il n'y eut, à proprement parler, ni été ni hiver; des pluies continuelles firent prédominer la température froide et humide. La végétation souffrit beaucoup: les fruits furent rares et de mauvaise qualité; les céréales ne furent point respectées. La proportion du son sur la farine fut plus considérable que de coutume. Le pain était moins beau, et la cherté des grains multiplia les fraudes. Il est des causes de maladies qui ont besoin d'un certain temps d'incubation et qui ne produisent des effets sensibles que long-temps après leur action. Cherchez les causes des maladies, disait Sydenham, non-seulement dans la constitution atmosphérique régnante, mais encore dans celle qui a précédé. Aussi, après avoir observé une quantité prodigieuse d'inflammations des membranes muqueuses, telles que catarrhes pulmonaires, angines, croups, toux croupales, coqueluches, ophthalmies, dévoiemens séreux, dysentériques, etc., je fus appelé coup sur coup pour un grand nombre de maladies qui s'annoncèrent avec des symptômes formidables, qui me représentèrent exactement les fièvres graves ou entéro-mésentériques de M. Petit, que j'avais si souvent eu occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu dans les différens services auxquels j'avais été attaché. Du reste, dans cette épidémie comme dans toutes les autres, les jeunes gens furent les premières et les principales victimes, et, chose remarquable, la maladie sévit avec plus d'intensité peut-être sur la classe riche que sur la classe pauvre, dans la partie élevée que dans la partie basse de la ville; les causes parurent agir de deux manières différentes, et sur la peau et sur le canal alimentaire (**).

XXXV. Si la thérapeutique de l'entérite folliculeuse aiguë ne découle pas directement de la lésion organique, au moins en reçoit-elle un jour tout nouveau, et l'étude approfondie de la lésion locale nous permet d'expliquer un grand nombre de phénomènes locaux, inexplicables sans son secours. Aussitôt qu'il fut constaté que les fièvres dites putrides ou adynamiques, malignes ou ataxiques, laissaient presque toujours après elles la lésion que nous avons décrite, il dut se présenter cette question : Cette lésion est-elle le point de départ de tous les symptômes; est-elle un effet, une crise, en un mot gouverne-t-elle la maladie ou est-elle gouvernée par elle?

XXXVI. M. Petit, tout en admettant que la lésion locale est le point de départ, le foyer de tous les symptômes, qu'en un mot elle précède la fièvre; tout en regardant cette lésion comme une inflammation, n'a nullement modifié la méthode généralement reçue; bien loin de là, il insiste beaucoup plus qu'on ne l'avait fait jusqu'alors sur l'emploi des toniques et du traitement le plus stimulant qu'il soit possible d'imaginer, parce qu'il regarde cette inflammation comme le produit d'une *irritation adynamique* (page 216) « semblable à celle qui produit la péripneumonie et la pleurésie putrides, l'angine gangréneuse et la dysenterie, semblable à celle qui « précède la gangrène. » Sa méthode consiste dans l'emploi du quinquina en décoction et sous forme d'extrait et associé aux spiritueux, de l'acétate d'ammoniaque, de lavemens de

(*) Le passage d'un froid très-rigoureux à une température chaude pendant quelques jours, puis tout-à-coup froide et humide, a fait succéder brusquement cette année, pendant les deux mois qui viennent de s'écouler (mars et avril 1830), l'entérite folliculeuse aiguë aux pleuro-pneumonies qui ont été si fréquentes cet hiver. La transition a été on ne peut plus rapide et prononcée à la Maison royale de Santé. Les mêmes lits occupés pendant les mois de décembre, janvier et février par des pleuro-pneumoniques sont occupés maintenant par des individus affectés d'entérite folliculeuse, les uns sous la forme typhoïde, les autres sous la forme ataxique.

(**) J'ai décrit les traits principaux de cette épidémie, en 1817, à la séance publique de la Société d'agriculture, sciences et arts, de la Haute-Vienne; et sur la demande du préfet, je fis une Notice qui fut adressée par le ministre de l'intérieur à la Société de la Faculté de médecine.

camomille et de camphre, de frictions sur l'abdomen avec l'eau-de-vie camphrée, de sinapismes et de vésicatoires volans qu'il emploie dans le double but de déplacer l'irritation et de stimuler l'économie par l'absorption du principe irritant des cantharides.

XXXVII. L'école physiologique, partant de ce même principe, savoir que la lésion locale est le foyer de tous les symptômes, que cette lésion locale est une inflammation, une gastro-entérite; mais n'admettant dans l'inflammation que des différences de degrés et de siége, et nullement des différences de nature, regarde l'eau gommée, les évacuations sanguines locales, les cataplasmes émolliens comme l'ancre de salut dans cette maladie. Le chef de cette école célèbre est même persuadé qu'il prévient et arrête immédiatement les entérites folliculeuses aiguës, qu'il comprend avec une foule de maladies légères sous le titre de gastro-entérites. Il n'est pas écrit dans le livre du destin, dit-il énergiquement, que telle fièvre durera sept, quinze, vingt-un jours.

XXXVIII. La doctrine des évacuans par le haut et par le bas, triomphante du temps de Stoll, ne compte plus qu'un très-petit nombre de partisans dans cette maladie : les médecins français qui ne l'ont pas complètement répudiée, ne suivent leur méthode qu'avec timidité, retenus qu'ils sont par les idées dominantes, en sorte qu'il est bien difficile d'apprécier cette méthode à sa juste valeur, au moins d'après des faits nouveaux. Quant à la méthode dite altérante et évacuante employée par les médecins anglais, la poudre d'ipécacuanha, le vin d'ipécacuanha à petites doses, le calomel, la craie, les sels neutres, le tartre stibié à doses fractionnées, etc., je ne puis prononcer à cet égard. Toutefois je ferai remarquer que le dévoiement ne m'a pas paru avoir une influence avantageuse sur la marche de la maladie, et que les entérites folliculeuses avec dévoiement sont tout aussi fréquemment funestes que les entérites folliculeuses sans dévoiement.

XXXIX. S'il fallait adopter une méthode générale exclusive, certes je préférerais à toute autre méthode la méthode antiphlogistique, mais employée avec prudence et mesure, c'est-à-dire la médecine expectante secondée de quelques applications de sangsues : c'est le traitement que j'ai suivi avec succès dans un très-grand nombre de cas : ainsi boissons aiguisées avec eau de Rabel, lorsqu'il n'y a pas de dévoiement; boissons gommeuses ou mucilagineuses; lavemens émolliens, cataplasmes émolliens; quelques applications de sangsues (dix, quinze) à deux, trois, quatre, cinq jours d'intervalle, soit à l'anus, soit à la région iliaque droite; quelquefois, dès le début ou à une période peu avancée, une saignée au bras ou une forte application de sangsues; quelquefois de l'eau de gomme ou de gruau pour toute boisson et pour tout traitement. Mais, je dois le dire, jamais je n'ai arrêté brusquement, je n'ai fait avorter ce genre de maladies, et rien ne me prouve que les dévoiemens avec anorexie et prostration, qui cèdent immédiatement à une application de quinze à vingt sangsues, étaient des entérites folliculeuses commençantes.

XL. Voilà à l'aide de quels moyens j'ai amené à bon port une foule de maladies qu'un traitement stimulant aurait probablement exaspérées; par ce traitement, je n'avais peut-être aucune prise sur l'inflammation folliculeuse elle-même; mais j'arrêtais ces congestions sanguines soit sur le péritoine, soit sur la muqueuse, qui sont si souvent funestes. L'état général, l'énergie de la réaction et surtout *la douleur locale*, quand elle existe, me faisaient insister plus ou moins sur les évacuations sanguines, qui quelquefois ont été salutaires, même le vingtième jour. Mais, dans aucun cas, je n'ai usé largement de la méthode antiphlogistique; plusieurs exemples funestes (*expertus loquor*) d'évacuations sanguines immodérées, sous l'influence desquelles j'ai vu les symptômes locaux eux-mêmes s'exaspérer et les malades succomber rapidement, m'en ont complètement éloigné, et il est bien démontré pour moi que l'entérite folliculeuse aiguë ne doit pas être traitée à la manière des maladies essentiellement inflammatoires.

XLI. Si la méthode antiphlogistique modérée peut suffire dans quelques cas, si elle convient en général dans la première période de la maladie, il arrive bien souvent qu'elle est essentiellement contre-indiquée et par l'état des forces, et par l'état du pouls, et par l'exaspération de tous les symptômes sous l'influence de son emploi. Dirons-nous alors qu'il n'y a plus rien à faire,

et nous consolerons-nous de notre impuissance et de nos revers en disant que la maladie était parvenue jusqu'à la désorganisation et que tout autre traitement aurait été au moins aussi inutile que les évacuations sanguines ? Ce n'est point ainsi que procède la saine thérapeutique; sa marche est indépendante, et les vérités qu'elle a acquises, fruit du temps et de l'expérience des siècles, ne sauraient se plier sous le joug des systèmes. Or je regarde comme un point de clinique aussi solidement établi que possible, qu'il est une période dans l'entérite folliculeuse aiguë où la méthode débilitante est essentiellement nuisible, et la méthode stimulante l'ancre de salut : ici d'ailleurs rien de spécial pour l'entérite folliculeuse, toutes les phlegmasies donnent lieu aux mêmes considérations. Ainsi, il est des pneumonies épidémiques, des dysenteries épidémiques, dans lesquelles les saignées sont essentiellement nuisibles et les toniques ou les évacuans essentiellement utiles.

XLII. Le point important et difficile tout à la fois, c'est la détermination du moment d'opportunité, pour l'emploi des toniques; c'est d'établir quels sont les cas dans lesquels il faut, dès le début, prodiguer les toniques à la manière de M. Petit, les cas dans lesquels la médecine expectante ou la méthode antiphlogistique sont seules indiquées, et enfin les cas où le traitement tonique doit succéder au traitement antiphlogistique.

XLIII. Ce problème me paraît résolu par l'état général du sujet; je m'explique : l'entérite folliculeuse aiguë se compose de deux ordres de phénomènes, 1° des phénomènes locaux; 2° des phénomènes généraux. Tout le temps que les phénomènes locaux sont dominans, qu'il y a réaction énergique et régulière et du système nerveux et du système circulatoire, vous pouvez, vous devez même traiter la maladie localement. Une ou plusieurs applications de sangsues soit à l'anus, soit à l'hypogastre, sont alors éminemment utiles. Une saignée générale fait quelquefois merveille; c'était là d'ailleurs la conduite de Stoll lui-même dans ses fièvres putrides sanguines : mais aussitôt que les symptômes généraux deviennent dominans, que le système nerveux fléchit pour ainsi dire; aussitôt qu'arrivent soit la stupeur, qui n'est pas l'oppression des forces, soit des phénomènes désordonnés, ataxiques comme on le dit, gardez-vous bien de tirer du sang : la plus petite évacuation sanguine peut détruire le reste de réaction qui anime encore l'économie (*sanguis frœnat nervos*). Hâtez-vous de soutenir les forces de la vie; ne craignez point d'irriter; votre malade ne périra pas par l'état local, il périra par l'état général. C'est alors que réussit quelquefois comme par prodige le fébrifuge par excellence, le quinquina que je donne en décoction ou mieux encore sous la forme d'extrait résineux, rarement sous la forme de sulfate de quinine. Le quinquina me paraît surtout réussir dans l'entérite folliculeuse sous forme typhoïde; dans la forme ataxique, j'ai recours avec plus d'avantage aux pilules camphrées, nitrées, auxquelles j'associe du musc; l'opium lui-même, donné à forte dose (je veux dire un grain le matin et un grain le soir), m'a paru, dans quelques cas particuliers, triompher du délire. J'ai été conduit à son emploi par l'identité du délire de l'entérite folliculeuse et du délire appelé *delirium tremens;* et je puis assurer qu'en adaptant ainsi la médication aux diverses indications; quelquefois, chose bizarre, en employant concurremment quelques sangsues à l'hypogastre et le quinquina à l'intérieur, j'ai obtenu tantôt une amélioration tellement rapide qu'on ne pouvait l'attribuer qu'aux moyens thérapeutiques, tantôt une amélioration lente, mais graduelle; et en attendant que nous trouvions, s'il est possible, un spécifique, c'est-à-dire un moyen qui agisse directement sur les causes de l'entérite folliculeuse aiguë, l'atteigne et la détruise immédiatement, je m'en tiendrai à une méthode rationnelle et en quelque sorte conciliatrice, qui diminue d'une part les ravages de l'état local et qui, d'une autre part, soutient la force de réaction vitale et permet à l'économie de suffire aux frais de la maladie.

XLIV. Mais ici l'abus est bien près de l'usage; et trop souvent les succès obtenus par une médication tonique et stimulante enhardissent à l'étendre à des cas où elle n'est nullement indiquée, et je pourrais citer plusieurs observations où elle a été évidemment nuisible : souvent une simple suspension des toniques et des stimulans amenait une amélioration manifeste; une persévérance systématique dans leur emploi était au contraire suivie de l'exaspération de tous les symptômes.

XLV. Les liens sympathiques qui unissent la peau au canal intestinal; d'une autre part l'exquise sensibilité de cette membrane, l'importance de ses fonctions, la vaste surface qu'elle présente, la possibilité de graduer les effets des applications faites sur elle, rendent extrêmement précieuses les médications dirigées sur l'enveloppe cutanée. Des cataplasmes, des fomentations émollientes, des fomentations toniques, des frictions sur les extrémités et sur le tronc avec de l'oxycrat très-chaud ou du vinaigre pur, des mixtures avec teinture de quinquina, alcohol de mélisse, de benjoin, avec ou sans addition de laudanum, et surtout des sinapismes promenés sur diverses parties du corps, des vésicatoires volans ou à demeure m'ont paru, dans un grand nombre de cas, influer avantageusement sur la marche de la maladie. Dans l'épidémie dont j'ai parlé, j'ai eu beaucoup à me louer des vésicatoires appliqués à la partie interne des cuisses; et, depuis cette époque, cette région est pour moi le lieu d'élection dans l'entérite folliculeuse, c'est là que j'ai coutume d'appliquer les vésicatoires à demeure. Si le cerveau se prend, j'ai recours à un vésicatoire à la nuque; mais je ne dépasse jamais ce nombre. Quant aux sinapismes, je les multiplie plus ou moins, suivant les cas.

XLVI. Il est des entérites folliculeuses aiguës avec dévoiement; il en est qui sont accompagnées de constipation. Peut-être celles-ci sont-elles habituellement plus graves que les premières? J'ai eu à me louer, dans le cas de constipation, d'une forte infusion de tamarins, que je vois avec peine exclure presque entièrement de nos officines. A une époque plus avancée, je combats la constipation par l'association soit des tamarins, soit d'une infusion légère de follicules avec une forte décoction de quinquina. Quant aux vomitifs et aux purgatifs proprement dits, j'ai eu occasion de suivre la pratique d'un vieux médecin, disciple de Stoll, qui, regardant tous les symptômes de fièvres dites putrides et malignes comme le résultat de la présence de la bile dans les premières et les secondes voies, et consécutivement par son *raptus* vers le cerveau, les poumons et les autres organes, traitait tous ses malades par les vomitifs et par les purgatifs; je ne l'ai point vu soigner un assez grand nombre de malades atteints d'entérites folliculeuses pour établir la proportion de ses succès et de ses revers; mais bien certainement un bon nombre résistaient à ce traitement. Je ne sais jusqu'à quel point un traitement évacuant fortement perturbateur employé dès le début pourrait enrayer la marche de la maladie et changer le mode de fluxion dirigée vers les organes abdominaux; en général les médications timides n'ont nul pouvoir ni pour faire le bien ni pour faire le mal, et dans les cas où il n'existe aucune indication positive, la médecine franchement expectante est la seule rationnelle; or la médecine expectante suffit pour amener à bon port une foule d'entérites folliculeuses. Il m'a été donné de voir plusieurs fois les pernicieux effets d'un purgatif administré au plus fort de la maladie, ou à son déclin; j'ai vu les accidens les plus graves survenir dans quelques cas immédiatement après son emploi. Il n'en est pas de même des purgatifs prescrits après la chute complète des phénomènes fébriles, au commencement de la convalescence; je n'ai jamais observé aucun accident; peut-être même la convalescence était-elle plus rapide.

XLVII. Je me suis souvent demandé ce que nous ferions, si nous pouvions agir directement ou topiquement sur la portion d'intestin enflammée. Seraient-ce des cataplasmes émolliens, des fomentations émollientes qu'il faudrait appliquer? Seraient-ce de l'acétate de plomb liquide, de légers astringens, une décoction de quinquina? Seraient-ce des pommades dans lesquelles entrerait un peu de mercure? Faudrait-il toucher les petites ulcérations avec l'alun, le nitrate d'argent? Il serait difficile de décider cette question *à priori*.

XLVIII. L'efficacité si grande de l'opium dans les dévoiemens, le choléra et la dysenterie d'une part; et d'une autre part l'efficacité non moins grande de l'opium dans les délires sympathiques, m'ont porté à essayer ce médicament dans l'entérite folliculeuse aiguë, comme base du traitement : j'ai choisi des malades avec dévoiement et avec délire. Je n'ai fait que trois essais en ce genre : l'un des malades a succombé, les deux autres ont guéri. La question ne me paraît pas décidée, car le premier malade nous arriva au plus haut degré de l'état d'ataxie; céphalalgie, soubresauts dans les tendons; il mourut le cinquième jour de son entrée à l'hôpital, et je m'arrêtai au bout de deux jours, voyant l'inefficacité des premières tentatives. L'entérite folliculeuse aiguë plongeant souvent les malades dans un état assez analogue à celui de l'ivresse, il

semble, d'après certaines idées thérapeutiques, qu'un médicament qui produit sur l'économie un effet analogue doive être indiqué.

XLIX. Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'une diète absolue pendant tout le cours de la maladie, et de la plus grande circonspection dans le régime pendant le premier temps de la convalescence. D'ordinaire, l'appétit s'éveille aussitôt que commence la période de déclin de l'entérite folliculeuse, et l'on est tout étonné d'entendre parler d'alimens à des malades dont les dents sont encore fuligineuses, la langue desséchée et qui sont encore sous l'influence d'une lésion extrêmement grave. Qu'on se garde bien de les écouter. Je pourrais citer bien des exemples de rechutes mortelles causées par une très-petite quantité d'alimens accordés à l'importunité des malades. Je me représente toujours l'intestin de mes malades labouré par d'énormes ulcérations; car, ainsi que je ne saurais trop le répéter, l'état local persiste long-temps après la chute des phénomènes généraux, et je ne permets le plus léger aliment que huit jours après la convalescence confirmée. Quelques fécules à l'eau, des pommes cuites, des pruneaux, du bouillon de poulet, quelques échaudés ou biscotes, voilà les premiers alimens que je conseille, et successivement je permets du bouillon de vieille volaille, des légumes herbacés sans pain, du bouillon de bœuf, du poulet, etc. Dans aucune autre maladie, la convalescence n'est aussi pénible à diriger. Une faim canine dévore sans cesse les malades. Les pleurs, les menaces, la séduction, tout est employé pour se procurer quelques alimens; et cette faim morbide elle-même, tout le temps qu'elle subsiste, atteste que les traces de la maladie ne sont pas complètement dissipées.

L. Une réflexion me domine en terminant ces généralités, c'est qu'on ne trouve pas dans la lésion anatomique de l'entérite folliculeuse aiguë la raison suffisante de la mort, c'est qu'on doit découvrir tôt ou tard une médication propre à soutenir la vie, à obtenir une réaction sans désordre comme sans stupeur. Le but idéal de la médecine est de tendre à conserver la vie toutes les fois que les rouages principaux de l'organisme ne sont pas trop profondément altérés pour pouvoir entretenir les fonctions; et lorsqu'à l'ouverture du cadavre nous trouvons tous les organes centraux en bon état, mais seulement, dans un petit point de l'économie, de très-petites altérations, accusons notre impuissance ou celle de l'art, et cherchons une autre méthode de traitement; nous la trouverons au lit du malade par des tentatives prudentes et quelquefois hardies, par la méditation des faits qui se passent journellement sous nos yeux, par l'interprétation exacte de ces grands phénomènes spontanés qu'on appelle critiques; peut-être la trouverons-nous encore dans la lecture des observateurs anciens, qui nous arrache avec tant d'avantages aux idées dominantes du moment.

Or, dans quelle maladie l'impuissance de l'art est-elle plus manifeste que dans l'entérite folliculeuse aiguë, qui attaque presque toujours les jeunes gens dans la force de l'âge, qui n'imprime d'altérations que dans de petites glandules placées dans une partie circonscrite du canal alimentaire, qui tue par les phénomènes de réaction ou sympathiques et presque jamais par l'altération locale?

Je perds sans regret, médicalement parlant, des malades affectés de lésions graves qui ont désorganisé sourdement ou brusquement le foie, le poumon, le cœur, l'estomac, le cerveau; mais jamais je n'ai perdu, sans déplorer mon impuissance, des malades qui n'ont pas de lésion suffisante pour expliquer la mort. Le moment n'est sans doute pas éloigné où le traitement de l'entérite folliculeuse aiguë sera tout aussi rationnel et tout aussi efficace que celui de la pneumonie.

Entérite folliculeuse aiguë gangréneuse (*) (*forme ataxique*). *Mort le quatorzième jour.* (Pl. 1.)

Bocquet, élève en pharmacie, est apporté à la Maison royale de Santé, le 27 septembre 1828, dans l'état suivant : délire tranquille et incomplet; réponses justes lorsqu'on l'interroge. Divagations lorsqu'on

(*) Comme planches représentant l'entérite folliculeuse aiguë, nous trouvons 1° celles de Peyer qui, bien qu'il ait cru représenter l'état naturel, a figuré l'entérite folliculeuse sous forme granuleuse et gaufrée. Peyer a en outre le mérite d'avoir regardé les glandes qu'il a décrites comme spécialement affectées dans plusieurs maladies et par l'action de certains purgatifs.

ne fixe pas fortement ses idées par des questions rapides et fermes. Tremblottement des lèvres et de la langue qui est sèche (*tosta*) et crevassée. Le pouls est peu fréquent. Les urines sont rendues involontairement. Constipation. Le malade n'accuse aucune douleur. L'abdomen est partout indolent sous la main qui le presse avec force et dans tous les sens; il me paraît un peu volumineux. — Pour *commémoratifs*, je recueille que cette maladie date de huit jours environ, qu'elle est la suite d'une grande fatigue, qu'elle a débuté par un violent mal de tête et un sentiment de chaleur dans les intestins, bientôt suivis de délire: que le malade a été saigné deux fois, qu'on lui a mis une fois les sangsues, que des lavemens de camphre et de sulfate de quinine lui ont été administrés; que deux vésicatoires ont été appliqués aux jambes la veille de son entrée; que, dans le cours de sa maladie, les sinapismes et les pédiluves sinapisés ont été prodigués. On ajoute qu'il avait vomi toutes les boissons; depuis plusieurs jours constipation opiniâtre.

Diagnostic. Entérite folliculeuse aiguë sous sa forme la plus grave et la plus rapidement funeste. Le délire est évidemment sympathique.—Eau de veau tamarinée, deux pots, une once de tamarin dans chaque pot.—Le 28, stupeur mêlée de délire.—Vésicatoire à la nuque : glace sur la tête qu'on appliquera plusieurs fois le jour pendant une heure chaque fois. Quatre pilules camphrées nitrées. Continuation de l'eau de veau tamarinée. — Quelques selles. Le malade paraît mieux; il a recouvré toute sa raison. — Le 29, assoupissement sans délire; tranquillité; plaintes. Le pouls est peu fréquent, peu développé, parfois intermittent: quelques soubresauts dans les tendons. La respiration commence à devenir fréquente : un peu de toux. L'auscultation me démontre de la crépitation et la percussion me démontre de la matité à la base du poumon gauche. Application de douze sangsues. Les pilules ne pouvant pas être avalées, potion avec camphre délayé dans un jaune d'œuf, vingt-quatre grains à prendre par cuillerées. Émulsion nitrée pour boisson. Lavement avec forte décoction de tamarins qui provoque des selles copieuses.—Le 30, même état; la région iliaque droite paraît douloureuse. Dix sangsues. — Le 1er octobre, le pouls prend de la petitesse sans prendre plus de fréquence. Les pupilles sont dilatées; tremblottement plus prononcé des lèvres et de la langue; tremblottement des membres. Ventre souple et indolent. — Le 2, la respiration s'accélère; elle se fait à peine en arrière et à gauche. Extrait résineux de quinquina, douze grains.—Le 3, respiration fréquente et bruyante; râle; marmottement continuel, tremblement des lèvres: pupilles très-dilatées; ventre très-souple et indolent; pouls petit, mais peu fréquent. Mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. L'abdomen ouvert, le canal intestinal ne présente au premier abord aucun signe d'altération; les deux derniers pieds de l'intestin grêle étaient plongés dans la cavité pelvienne, situation qui est très-fréquente. Leur couleur était livide, leur bord convexe présentait çà et là des plaques plus injectées, et au niveau de ces plaques des vaisseaux veineux sous-péritonéaux, dirigés pour la plupart suivant la longueur de l'intestin, disposition qui annonce toujours une inflammation folliculeuse subjacente et une tendance à l'inflammation du péritoine.

L'intestin grêle ouvert le long du mésentère (planche 1) (*) a présenté l'altération suivante : tous

2°. Les planches de Rœderer et Wagler qui figurent l'entérite folliculeuse aiguë sous forme granuleuse, et qui ont signalé le siége de cette affection dans les follicules muqueux.

3°. Stark a figuré un très-beau cas d'entérite folliculeuse granuleuse, et se demande si le siége de cette altération ne serait pas dans les follicules.

4°. Les figures 1, 2, 3 de la planche II, 4e fascicule de Baillie (deuxième édition, 1812), représentent diverses formes d'entérite folliculeuse aiguë. La figure 3 est surtout très-belle. Les plaques agminées sont le siége d'une foule de petites ulcérations. L'ulcération, dit Baillie, attaque bien plus communément les glandes que la membrane muqueuse elle-même. [Ulceration is more apt to attack these glands (the glandulæ aggregatæ) than the ordinary structure of villous coat.]

5°. La planche qui accompagne le travail de MM. Petit et Serres, bien qu'elle laisse beaucoup à désirer et sous le rapport du dessin et surtout sous celui du coloris, rend très-bien la forme des plaques elliptiques. La figure première représente les plaques agminées de Peyer à l'état naturel, et ces auteurs la regardent comme le premier degré de l'altération; on est toujours tenté de leur savoir mauvais gré d'avoir ignoré le travail de Peyer; car ils n'auraient pas manqué d'établir dans les follicules soit solitaires, soit agminés, le siége immédiat de l'altération.

6°. Les planches de Bright, publiées en 1827, sous le titre de *State of the intestines in fever*, rendent très-bien la forme de l'entérite folliculeuse aiguë, que j'appelle gangréneuse circonscrite. L'auteur en a parfaitement indiqué le siége immédiat.

(*) Sur cette planche, comme sur les suivantes, l'intestin a été plissé suivant sa longueur, afin de pouvoir présenter, sur un espace circonscrit, les altérations principales disséminées dans les deux ou trois derniers pieds de l'intestin grêle.

les follicules agminés de la fin de l'intestin grêle sont remplacés par des escarres comme tuberculeuses, jaunâtres (FAU, FAU, FAU), morcelées, en partie détruites, fortement adhérentes; au fond des pertes de substance qu'avaient subies ces escarres se voit la membrane musculeuse, reconnaissable à ses fibres circulaires, et aussi saine que si elle venait d'être préparée immédiatement par une dissection soignée. Il suit de là que la membrane muqueuse et la membrane fibreuse de l'intestin grêle avaient été détruites en même temps que les follicules agminés dont je n'ai pu retrouver un seul. Tout autour de ces plaques escarrifiées la muqueuse était coupée à pic, et présentait une injection pénicellée très-considérable qui a été parfaitement rendue sur cette figure. Vues contre le jour, les parois de l'intestin sont noires d'injection. Ces plaques d'ailleurs ne présentaient pas la forme elliptique des plaques agminées, mais bien une forme irrégulièrement circulaire, et je n'ai pu en retrouver aucun vestige aux limites de l'escarre, ce qui prouve manifestement que l'escarre n'était pas rigoureusement circonscrite aux follicules agminés. Entre les escarres circulaires (FAU, FAU, FAU) se voyaient de très-petites escarres (F, F, F) en forme de bourbillon, de forme irrégulière, dont le siége était manifestement dans les follicules isolés; en détachant ces petites escarres, on trouvait au-dessous d'elles la membrane musculeuse intacte. Une chose assez remarquable, c'est que l'altération ne va pas en augmentant à mesure qu'on approche de la valvule iléo-cœcale; cela tient à ce que, chez ce sujet, les follicules agminés principaux n'occupaient pas comme de coutume le voisinage de cette valvule : une seule plaque agminée existait en effet auprès de la valvule iléo-cœcale VIC, et sur le feuillet de cette valvule qui appartient à l'intestin grêle; or cette plaque était en partie détruite. Les fibres musculaires qui occupent l'épaisseur de la valvule étaient à nu.

L'intestin cœcum C et le commencement du colon présentaient quelques escarres tout-à-fait semblables à celles des follicules isolés de l'intestin grêle : leur siége était bien évidemment dans les follicules du gros intestin. Les ganglions mésentériques (GL, GL, GLO) qui avoisinent la valvule iléo-cœcale et qui répondent à la portion d'intestin malade étaient très-développés, parcourus à leur surface par des vaisseaux très-déliés; ils étaient pour la plupart ramollis et comme réduits en pulpe, les uns couleur lie de vin, les autres blanchâtres; dans tous ces ganglions, il y avait évidemment mélange de sang et de pus, et la prédominance de l'un ou de l'autre de ces liquides déterminait la différence de couleur. L'estomac sain présentait quelques points d'injection stelliforme. La base du poumon gauche était noirâtre, infiltrée de sang et comme splénifiée. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré. Beaucoup de sérosité dans les cavités ventriculaires et le rachis. Le canal thoracique contenait une sérosité sanguinolente. Tous les autres organes étaient parfaitement sains.

Réflexions. — A la forme gangréneuse de l'entérite folliculeuse aiguë m'a paru constamment répondre la forme ataxique. La rapidité de la marche de la maladie, dans l'observation précédente, s'explique par la gravité de l'altération et par la forme ataxique elle-même. L'absence de douleur locale s'observe très-communément dans ce genre de maladie; la douleur est toujours en raison inverse des phénomènes typhoïdes et surtout ataxiques; mais ici on peut se rendre compte jusqu'à un certain point de cette absence de douleur, même sous l'influence de la pression, par la position de l'intestin malade dans la cavité pelvienne, position que j'ai dit être très-fréquente. Deux saignées et une application de sangsues, des lavemens avec sulfate de quinine et camphre, deux vésicatoires aux jambes et des sinapismes répétés avaient été employés pendant les huit jours qui précédèrent l'entrée du malade. De l'eau de veau tamarinée, des pilules camphrées nitrées; deux applications de sangsues, l'une sur la base du poumon gauche qui parut s'indurer, l'autre sur la région iliaque droite qui devint douloureuse, à la fin l'extrait résineux de quinquina, voilà les moyens que j'employai pendant les six jours qu'il fut confié à mes soins. On voit assez par l'incohérence du traitement que l'art est encore sans règles fixes dans cette maladie, et les praticiens de bonne foi avoueront tous qu'ils en sont réduits au tâtonnement méthodique, à la médecine du symptôme, et qu'ils ne savent en général se rendre aucun compte positif ni de leurs succès ni de leurs revers.

Dans l'entérite folliculeuse aiguë sous forme gangréneuse, la péritonite peut survenir en l'absence de toute perforation de l'intestin; tel est le cas suivant que je viens d'observer à la Maison royale de Santé, qui a trop d'analogie avec le précédent pour que je n'en fasse pas ici mention.

Jacques, domestique, âgé de vingt-un ans, est apporté le 26 avril 1830, dans l'état suivant : État typhoïde; enduit fuligineux très-épais; langue comme rôtie et ne pouvant être portée au dehors malgré les efforts du malade; respiration très-fréquente; pouls très-fréquent; urines involontaires; surdité; hypogastre tendu et météorisé. On dirait que le malade va succomber. Les poumons explorés sont pleins de mucosités.

Commémoratifs. Après quelques jours de céphalalgie, de diarrhée et de coliques, ce malade va le 21 avril consulter M. Louyer Villermay, qui prescrit des boissons adoucissantes; le lendemain, douze sangsues à l'anus. Le troisième jour, la fièvre augmente à la suite de l'ingestion de quelques alimens : nouvelle application de sangsues. Le quatrième jour, rêves; enduit fuligineux de la langue et des lèvres; une saignée au bras; sinapismes; le délire augmente. Le cinquième jour, mêmes symptômes. Translation à la Maison royale de Santé le sixième jour, 26 avril.

Il n'était pas difficile de reconnaître une *entérite folliculeuse très-aiguë*, et sous sa forme la plus grave. (Décoction de quinquina, un pot; gomme édulcorée, trois pots; pilules de camphre, de musc et de nitre; deux vésicatoires à la partie interne des cuisses.) Le 27, il est moins mal; oppression moindre; pouls toujours très-fréquent, dévoiement; selles et urines involontaires. Les jours suivans, un peu d'amélioration; le malade prend l'urinoir. Je n'ai jamais vu d'enduit fuligineux plus abondant. Les pilules sont supprimées; la décoction de quinquina est maintenue; mais l'amélioration ne se soutient pas. Le 3 mai, l'abdomen, et surtout l'hypogastre, deviennent plus tendus, et néanmoins insensibles à la pression; la respiration redevient aussi fréquente que le jour de son entrée, le pouls très-grêle et très-fréquent, la chaleur très-âcre; il y a de l'agitation, un peu de délire; le malade change souvent de place dans son lit, et tombe en faisant effort pour se lever. Même état le 4 et le 5. Il meurt pendant la nuit du 5 au 6 au milieu de l'agitation et du délire.

Ouverture du cadavre. Péritonite circonscrite à la cavité pelvienne et à l'hypogastre. Nous cherchâmes en vain une perforation; elle n'existait pas. Les deux derniers pieds de l'intestin grêle sont d'une couleur bleue ardoisée, ce qui tient à un commencement d'altération cadavérique (l'autopsie n'ayant été faite que trente-six heures après la mort); des escarres jaunes en partie détachées naissaient du fond de larges ulcérations : sous ces escarres la tunique musculeuse était à nu. Ces escarres formaient une seule masse comme diffluente, et adhéraient fortement dans le point de leur implantation. Jamais je n'ai vu d'escarres plus multipliées et plus profondes; mais elles étaient exactement circonscrites. La planche I donne une idée aussi exacte que possible de cette altération, avec cette différence que les principales escarres occupaient et la valvule iléo-cœcale, et son voisinage (*).

Entérite folliculeuse aiguë pustuleuse (forme ataxique) mortelle en cinq à six jours. (Planche II.)

Pierre F., âgé de vingt-deux ans, d'une vigueur extraordinaire, vient de son pied à l'hôpital, le 12 avril. Observé le 13, il présente l'état suivant : face naturelle; les yeux vifs; léger délire; il répond très-bien aux diverses questions qui lui sont adressées. Langue un peu sèche et sans enduit; pouls fréquent et peu développé; abdomen un peu volumineux, sensible à la pression dans les régions iliaques, lombaires et dans l'hypochondre gauche; respiration et chaleur naturelles. Pour commémoratifs, nous recueillons qu'il

(*) L'étude comparative des lésions organiques ne tarde pas à apprendre que si les variétés de lésions sont innombrables, les espèces sont beaucoup moins multipliées qu'on ne se l'imagine communément, que je ne le croyais moi-même avant la publication de cet ouvrage. On ne saurait croire combien de fois je rencontre des lésions identiquement les mêmes.

est malade depuis cinq à six jours, mais qu'il a pu marcher et même monter à cheval; la personne qui le conduit ajoute qu'il a un peu de délire depuis la veille. — *Diagnostic :* Entérite folliculeuse aiguë sous la forme ataxique. (Boissons gommeuses; dix-huit sangsues aux jugulaires.) — Le 14, on nous apprend que la nuit a été agitée, qu'il a fallu contenir le malade dans son lit pour l'empêcher de se lever; urines involontaires. Délire plus fort que la veille et roulant sur ses occupations habituelles. Réponses justes et précises. La langue est large et sèche; le pouls très-fréquent et très-petit. Le malade n'accuse aucune douleur; mais la pression de l'abdomen paraît douloureuse. (Sinapismes; potion calmante qui calme le délire.) — Le 15, délire plus considérable; le malade tourne la tête à droite et à gauche comme pour voir ce qui se passe autour de lui. Rire; balbutiement : il ramasse ses couvertures. Pouls extrêmement petit et fréquent; chaleur naturelle : ventre un peu ballonné et insensible à la pression. La langue est large et moins sèche que les jours précédens, sans aucune espèce d'enduit. Mort le 16 à neuf heures du matin.

Ouverture du cadavre. Tous les ganglions mésentériques, et principalement ceux qui avoisinent l'angle iléo-colique GL, GL, GL (Planche II, VII^e livraison), sont volumineux et convertis pour la plupart en une sorte de bouillie rosée; au centre de l'un d'eux GLO est une matière jaunâtre que je regarde comme du pus concret. Les vaisseaux sous-péritonéaux qui environnent les ganglions mésentériques sont très-injectés. L'intestin ouvert du côté de son bord concave a offert des plaques pustuleuses de diverses dimensions et de diverses formes. Les plus remarquables seules ont été représentées sur cette figure; les autres sont cachées dans les plis que nous avons faits à l'intestin grêle pour le montrer dans une plus grande étendue. Ici, comme dans la planche précédente, on est étonné de voir le voisinage de la valvule iléo-cœcale VIC presque sain; une seule plaque ulcérée PU se voit au milieu de follicules plus développés, preuve évidente que l'entérite folliculeuse aiguë n'affecte le voisinage de la valvule iléo-cœcale, et la valvule iléo-cœcale elle-même, que parce que c'est dans ce voisinage et sur cette valvule que se voient le plus grand nombre de follicules agminés. Rien n'est plus variable que le nombre, la forme et même la situation précise des follicules agminés. En étudiant les diverses plaques pustuleuses PP, PP, PP, on verra que toutes occupent le niveau du bord convexe de l'intestin, comme les plaques agminées elles-mêmes. J'appellerai l'attention sur la plus supérieure des plaques pustuleuses de cette figure, qu'on voit proéminer au centre d'une plaque gaufrée PG remarquable par sa longueur; d'autres pustules occupent une plus ou moins grande étendue de ces mêmes plaques gaufrées, et semblent même les dépasser quelquefois : deux ulcérations profondes PU, au fond desquelles se voient les fibres musculaires de l'intestin, occupent l'extrémité inférieure de la plaque pustuleuse la plus considérable de cette figure PP, et on rencontre sur divers points de petites masses concrètes jaunâtres qui précèdent en général l'érosion de ces plaques. Cette figure prouve en outre que l'entérite pustuleuse n'envahit pas simultanément tous les points des plaques de Peyer, mais que ces pustules se développent indépendamment les unes des autres et comme par centres bien distincts.

L'estomac contenait une matière noirâtre. Il était sain. Le bord libre de ses replis était teint d'un jaune foncé. La rate volumineuse était ramollie dans une partie de son étendue. Le foie sain. La vésicule du fiel contenait une bile vert-pré. Poumons spongieux infiltrés de sang noir.

Réflexions. — L'entérite folliculeuse aiguë pustuleuse se manifeste constamment sous la forme clinique la plus grave, la plus rapide, et presque toujours sous la forme ataxique. L'observation qu'on vient de lire m'a paru être le type de cette forme de maladie. Ces pustules sont essentiellement formées par les follicules; mais les papilles intestinales qui hérissent les plaques agminées (*) et qui occupent l'intervalle des ouvertures ou points déprimés, orifices excréteurs des follicules, les papilles, dis-je, sont aussi affectées; il semble que dans cette forme de maladie, la fluxion se faisant d'une manière extrêmement rapide, les liquides soient infiltrés dans les tissus

(*) C'est à tort qu'on dit qu'il n'existe pas de papilles ou villosités au niveau des plaques agminées; c'est encore à tort que quelques anatomistes modernes disent que les papilles ou villosités vont diminuant de la partie supérieure vers la partie inférieure de l'intestin grêle.

au lieu d'être versés à la surface interne de la muqueuse; et si l'on coupe perpendiculairement ces pustules, on trouve un tissu gris rosé fragile, comme spongieux, supporté par la tunique fibreuse de l'intestin. Peut-on dire, dans le cas qu'on vient de lire, que l'éruption intestinale était une éruption critique; mais la maladie n'a duré que quelques jours; et il est probable que l'éruption a précédé le moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Nous voyons que les phénomènes cérébraux l'ont de beaucoup emporté sur les phénomènes locaux; et cependant l'abdomen a présenté du développement et de la douleur. Un pouls très-petit et très-fréquent, sans chaleur à la peau, sans diminution correspondante des forces musculaires, m'a toujours paru annoncer une mort extrêmement prompte.

La figure 2 (même planche) appartient à un autre individu qui, au plus fort des symptômes d'une entérite folliculeuse aiguë (forme ataxique), fut pris de tympanite et d'une péritonite suraiguë mortelles en dix-huit heures. Il y avait à la fois dans l'intestin grêle pustules et ulcérations. L'une de ces ulcérations (PU, PU) présentait une large perforation P à travers laquelle s'étaient épanchés et les gaz et les liquides contenus dans l'intestin.

Entérite folliculeuse aiguë fongueuse (forme ataxique) mortelle en sept jours. (Planche III.)

Lefèvre, âgé de vingt ans, employé au ministère de la guerre, consacre à la peinture, pour laquelle il est passionné, tout le temps que lui laissent ses occupations obligées. Sa santé était excellente le 13 octobre 1828; il va dîner en ville et éprouve plusieurs syncopes à la fin du dîner. La nuit fut calme. Le lendemain 14, la tête étant douloureuse, une saignée fut pratiquée; le soir vingt sangsues à l'épigastre. — Le 15 et le 16, il est assez bien. — Le 17, le 18, il bat la campagne et reconnaît à peine ses parens. — Le 19 il paraît mieux. — Le 20, il est apporté à la Maison royale de Santé dans l'état suivant : légère divagation dans les idées; réponses justes. Cerveau un peu douloureux, mais moins que les premiers jours. Sentiment de faiblesse générale : abdomen météorisé, mais indolent. Langue un peu sale, mais humide. A peine fréquence dans le pouls. Selles et urines involontaires.

Diagnostic. Entérite folliculeuse suraiguë sous une forme extrêmement grave.—21, état ataxique porté au plus haut degré; tremblement dans les lèvres; soubresauts dans les tendons; abdomen ballonné; urines involontaires; langue sèche et noire; soif; pouls fréquent et grêle; le malade raisonne à merveille relativement aux objets de son art et apprécie avec une justesse et une richesse d'expressions qui m'étonne le mérite des grands maîtres. Le changement est si brusque, la maladie s'est aggravée si promptement, que je pus craindre une intermittente pernicieuse. Je me fais répéter les commémoratifs par le frère du malade, et les alternatives de mieux et de plus mal qui résultent de son récit ne confirment que faiblement mes soupçons. (Deux sinapismes aux pieds; deux vésicatoires à la partie interne des cuisses. Potion camphrée nitrée.) Mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. Les deux derniers pieds de l'intestin grêle plongeaient dans l'excavation pelvienne. La surface externe de cette fin de l'intestin grêle était d'un rouge noir dans toute sa circonférence, et non point par plaques, comme on l'observe le plus habituellement. Sous le péritoine se voyaient des vaisseaux veineux, les uns longitudinaux, les autres transverses et rameux, absolument comme dans la péritonite; et cependant il n'y avait, dans la cavité du péritoine, aucun des produits ordinaires de péritonite. L'intestin ouvert, je l'ai trouvé tapissé d'une couche épaisse de mucosités sanguinolentes, tandis que le gros intestin contenait des matières parfaitement naturelles.

L'altération était exactement bornée par le bord libre de la valvule iléo-cœcale (fig. 1, pl. III). Ce n'étaient ni escarres, ni ulcères, ni même à proprement parler la forme pustuleuse de la planche II; mais la muqueuse soulevée et comme boursoufflée en très-larges plaques présentait des milliers de perforations. Ayant placé l'intestin sous l'eau, il m'a été facile de voir sur ces plaques fongueuses, entre les petites ouvertures dont elles étaient criblées, des papilles ou villosités tantôt saines, tantôt tron-

quées : l'altération avait bien évidemment son siége dans les follicules agminés de Peyer, et les petites perforations n'étaient rien autre chose que les orifices des follicules. La multiplicité de ces plaques, leur rapprochement, leur forme irrégulière, la disposition annulaire de celle qui occupe la fin de l'intestin grêle, et qui est formée à la fois et aux dépens de la valvule iléo-cœcale VIC et aux dépens de la muqueuse voisine de l'intestin grêle ne doit pas nous étonner, vu les variétés innombrables qui existent sous le rapport de la forme, du nombre et de la disposition des follicules agminés, lesquels affectent souvent la même forme annulaire. Entre ces plaques fongueuses ou pustuleuses PP, PP se voient des follicules isolés F, F, sous la forme de granulations. — Les ganglions lymphatiques correspondans du mésentère GL, GL étaient beaucoup plus volumineux que de coutume. De l'angle iléo-colique partait une traînée de ganglions qui gagnaient la colonne vertébrale, le long de laquelle ils se prolongeaient; ces ganglions étaient remplis d'un pulpe lie de vin. — Quant aux autres altérations observées dans le reste du sujet, j'ai trouvé de la sérosité sous-arachnoïdienne dans le cerveau et le canal rachidien, les vaisseaux cérébraux injectés; les poumons étaient engoués de sang noir et maculés de sang à leur base; la rate volumineuse et la substance pulpeuse très-abondante masquait complètement sa trame fibreuse.

Réflexions. — La rapidité de la marche de cette maladie s'explique par l'acuité et l'intensité de l'altération locale. La forme insolite de l'affection intestinale s'explique peut-être par la promptitude de la mort du malade : pas de doute que ces masses de follicules et de papilles intestinales n'eussent été détruites et remplacées par de vastes ulcérations. La multiplicité des ganglions lymphatiques enflammés, et l'intensité de cette inflammation, doivent être prises en grande considération, bien qu'il soit difficile de faire la part de leur influence dans la terminaison si rapidement funeste de la maladie. La forme intermittente de la maladie appelait-elle l'emploi du fébrifuge? Le fébrifuge donné à très-forte dose dès le principe aurait-il produit quelques bons effets?

Entérite folliculeuse aiguë gangréneuse, forme ataxique, perforation (Fig. 2, Planche III) (*).

François, domestique, âgé de vingt-quatre ans, est porté à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant : prostration musculaire; stupeur; langue rouge, un peu sèche; aucune douleur abdominale par la pression; diarrhée; pouls fréquent; respiration fréquente : point de commémoratifs exacts. L'état du malade ne permet d'avoir aucune confiance en ses réponses. (Vingt sangsues à l'épigastre; chiendent gommé; lavemens, cataplasmes émolliens; diète.) — Le 20, même état. — Le 21, menace de délire; grincement de dents. (Dix sangsues à l'anus.) — Le 22, délire. On est obligé de contenir le malade par la camisole de force. (Trois pilules de camphre et de nitre aa gr. iij; sinapismes aux mollets.) — Les 23, 24, 25, 26, fuliginosité, délire, diarrhée. (Continuation des pilules camphrées. Un vésicatoire est appliqué alternativement à chaque jambe.) — Le 27, ventre ballonné, diarrhée, délire, respiration très-fréquente, pouls très-fréquent. (Même prescription. Potion éthérée; lavement avec infusion de camomille.) — Le 28, prostration extrême. (Vésicatoire à une cuisse. Extrait de quinquina, demi-gros.) Mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. Péritonite circonscrite manifestée par une couche pseudo-membraneuse entourant le cœcum et la partie voisine de l'intestin grêle : sous elle la séreuse présentait çà et là du pointillé rouge.

La lésion folliculaire était circonscrite à la fin de l'intestin grêle IG; cette lésion consistait dans des escarres E, E irrégulières, qui comprenaient à la fois la tunique muqueuse, la tunique fibreuse et la tunique musculeuse. Le péritoine seul était intact. Une perforation P existait au-dessous de l'une des plus petites escarres. Il y avait en tout une dizaine d'escarres. Les plus supérieures n'ont pas été rendues sur cette figure. A la fin de l'iléon, au voisinage et aux dépens de la valvule iléo-cœcale VIC se voyait une

(*) Observation recueillie et pièce pathologique présentée à la Société anatomique par M. Montault, élève interne de l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guéneau de Mussy.

escarre très-considérable qui occupait tout le pourtour de la circonférence de l'intestin, escarre dont les lambeaux détachés, jaunâtres et fétides, tenant encore par des vaisseaux, ont été parfaitement représentés tels qu'on les voyait sous l'eau. Au milieu de ces escarres, on aperçoit un ascaride vermiculaire I qui était comme retenu par ces lambeaux enchevêtrés autour de lui. Ces escarres sont d'ailleurs formés aux dépens des membranes muqueuse et fibreuse. La membrane musculeuse est mise à nu. Les bords irrégulièrement frangés de l'escarre sont coupés à pic, en sorte que la perte de substance est aussi considérable aux limites qu'au centre de l'altération. L'appendice iléo-cœcale ouverte ACO, le cœcum et le colon ascendant sont parsemés de petites escarres dont le siége est évidemment dans les follicules F, F, F. Les autres organes, poumon, cœur, cerveau, sont parfaitement sains.

La figure 2′ représente la perforation vue par la surface externe du péritoine.

Réflexions. — Voilà un exemple d'entérite folliculeuse aiguë sous forme gangréneuse. Ce n'est que par analogie qu'on peut établir que ces escarres grandes et petites ont été formées aux dépens des follicules, car les membranes muqueuse et fibreuse désorganisées font évidemment partie de ces escarres, et même ont été détruites bien au-delà des follicules. Ce cas est un cas de gangrène circonscrite et de gangrène non-circonscrite tout à la fois. Les symptômes qu'a présentés ce malade sont parfaitement en harmonie avec l'altération. Je regarde le ballonnement du ventre et la fréquence extrême de la respiration, qui se sont manifestés la veille de la mort, comme le signal de la perforation du péritoine et de l'invasion de la péritonite. L'absence de la douleur abdominale n'est point en opposition avec cette manière de voir; car il n'y a point de douleur perçue toutes les fois qu'existe le délire. Bien loin d'être surpris de la fréquence de la perforation de l'intestin, nous devons bien plutôt l'être de ne pas voir plus souvent cet accident redoutable; car si les membranes séreuses résistent beaucoup à la perforation lorsqu'elles sont attaquées de dedans en dehors, elles cèdent avec la plus grande facilité lorsqu'elles sont attaquées de leur surface externe vers leur surface interne; et comme la perforation se fait plutôt par usure ou par escarrification que par une véritable inflammation, des adhérences salutaires n'ont pas le temps de s'établir : alors surviennent une tympanite qui peut être immédiatement mortelle par suffocation, et une péritonite suraiguë produite par le passage des matières fécales. Ce passage ne paraît pas avoir eu lieu chez ce sujet.

Entérite folliculeuse aiguë presque entièrement guérie. — Mort de pleuro-pneumonie après trente-sept jours de convalescence. (Planche IV, fig. 1.)

Peltier, âgé de vingt-six ans, entre à la Maison royale de Santé le 23 avril 1829, se disant convalescent d'une maladie grave qu'on a caractérisée de gastro-entérite, et qui datait de vingt-un jours. Il raconte que le symptôme dominant avait été une douleur abdominale assez vive, qu'on avait traitée par des applications de sangsues et des émolliens, qu'à cette douleur a succédé un dévoiement considérable qui persiste encore aujourd'hui. Bien qu'il se trouve parfaitement et qu'il demande des alimens, l'abdomen est très-volumineux, météorisé, sonore; la langue sèche, fuligineuse. Le pouls est faible et peu fréquent. Les facultés intellectuelles sont dans un état parfait d'intégrité. *Diagnostic. Entérite folliculeuse aiguë sous forme ulcéreuse, tendant à la péritonite.* Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses; gomme arabique édulcorée, quart de lavement avec solution d'amidon et laudanum dix gouttes; gomme arabique édulcorée pour boisson; diète absolue. Les jours suivans, le dévoiement persistant, demi-gros de thériaque le soir. Bientôt diminution du météorisme; cessation du dévoiement; apyrexie complète; langue bonne; faim dévorante. Le 1er mai, la convalescence était complète. Cependant des escarres au sacrum et au grand trochanter ont fait des progrès considérables et appellent toute notre attention. Les vésicatoires avaient également creusé et étaient sanguinolens. La faim était poussée jusqu'à la fureur. Je prescrivis peu à peu quelques alimens que je portai graduellement jusqu'à la demi-portion; mais je crus devoir revenir sur mes pas et m'en tenir au quart, malgré les plaintes continuelles du malade. Je ne conservais plus aucune inquiétude sur son état; le pouls était naturel. Le malade employait à la lecture tout le temps que lui laissaient les douleurs

causées par les escarres du bassin. Pour hâter sa guérison, je lui conseillai de rester le plus long-temps possible couché dans la pronation, ce qu'il fit avec beaucoup de courage, et dès ce moment les plaies prirent un meilleur aspect et semblèrent tendre à la cicatrisation. Le 5 juin, ce malade se plaignit plus que de coutume de la gêne occasionée par la position, et accusa une douleur assez vive au côté droit. Comme il se plaignait tous les jours à peu près de la même manière, j'y donnai peu d'attention; mais le lendemain sa face était très-altérée; la langue desséchée; l'oppression extrême; le pouls très-fréquent. J'explorai le thorax, et je reconnus une pleuro-pneumonie à la partie antérieure du poumon droit. Le malade mourut la nuit suivante.

Ouverture du cadavre. Pleuro-pneumonie à droite. Le lobe moyen tout entier et la moitié antérieure du lobe inférieur du même côté étaient indurés, compactes et fragiles. Je m'attendais à trouver le canal intestinal parfaitement cicatrisé; car la convalescence datait au moins d'un mois et sept jours : or, la fin de l'intestin grêle (Planche IV) me présenta un désordre considérable, des ulcérations très-multipliées dont la principale occupait la valvule iléo-cœcale : une plaque ulcérée occupait le colon C. Il était évident que ces ulcérations étaient en voie de cicatrisation; leurs bords étaient affaissés et rosés; du fond d'un grand nombre de ces pertes de substance proéminaient des caroncules qui auraient servi plus tard de base à la cicatrice. Les ganglions mésentériques étaient à peu près revenus à leur état sain; quelques-uns contenaient une matière semblable à du pus concret.

Réflexions. — Il suit de cette observation qu'à la chute des phénomènes fébriles, au moment de la convalescence, la maladie locale n'est nullement guérie; que dans l'entérite folliculeuse aiguë, comme d'ailleurs dans la pleurésie, la pneumonie, dans toutes les inflammations, l'état local persiste à peu près au même degré d'intensité quelque temps après la cessation complète de la fièvre. Je pense que cette cessation complète coïncide avec le moment où l'altération locale devient stationnaire; on peut le prouver de la manière la plus rigoureuse pour la pneumonie et pour la pleurésie. Les conséquences thérapeutiques les plus importantes découlent de ce fait. Il suit qu'il faut être d'une sévérité extrême dans le régime pendant les premiers temps de la convalescence de l'entérite folliculeuse aiguë; qu'il faut toujours se représenter son malade comme portant dans l'intestin des ulcérations qui tendent, il est vrai, à la cicatrisation, mais qui, à la plus légère cause occasionelle, s'enflammeront, et pourront amener des désordres nouveaux, et même une perforation. Ce n'est qu'après six semaines, deux mois, qu'on pourra abandonner le malade à lui-même. L'expérience ne vient-elle pas tous les jours à l'appui de ces données fournies par l'anatomie pathologique en nous montrant des rechutes, des accidens de toute espèce dans le cours de convalescences mal dirigées? Je dois faire remarquer l'influence de la position qu'a gardée le malade pendant le dernier mois de sa vie sur la production de la pleuro-pneumonie à la partie antérieure du poumon droit (le lobe moyen et la moitié antérieure du lobe inférieur droit). Je suis persuadé que l'inflammation aurait envahi la partie postérieure du poumon, si le malade était resté en supination.

Entérite folliculeuse aiguë (forme ataxique). — Amélioration pendant neuf jours. — Recrudescence des symptômes. — Hallucination. — Mort. — Les ganglions mésentériques paraissent le siége principal de la maladie. — Traces d'une entérite folliculeuse ancienne. (Pl. IV, Fig. 2.)

Bienavel, âgé de trente ans, menuisier, est apporté le 9 octobre 1828 à la Maison royale de Santé dans un état de délire violent avec fièvre. Point de renseignemens positifs sur son état; seulement on nous dit qu'il était malade depuis quatre à cinq jours. On est obligé de le fixer avec la camisole. Je diagnostique une *entérite folliculeuse aiguë* : le délire me paraît sympathique. (Saignée.) Le délire tombe, la fièvre persiste; le malade se croit guéri, demande des alimens; il est d'une gaîté, d'un contentement extraordinaires, autre espèce de délire; la face ne présente pas l'expression du bien-être, et le sourire a quelque chose de forcé, de convulsif; du reste, langue naturelle; aucune douleur. Cet état se maintient presque identiquement le même jusqu'au 18 octobre. Des boissons gommeuses, des lavemens émolliens,

des cataplasmes émolliens sur l'abdomen, une diète absolue, voilà tout le traitement auquel il fut soumis. Le 19 octobre, changement complet dans la forme du délire; le malade s'imagine qu'il est mort, il ne répond à aucune question, et feint de ne pas m'entendre; sa face exprime le découragement le plus complet; la peau est brûlante; le pouls large, mou, peu fréquent; l'abdomen un peu volumineux, mais indolent. Ce n'est qu'après avoir piqué sa curiosité par des questions répétées, et lui avoir affirmé itérativement que son état n'est pas grave, que je puis obtenir quelque réponse. Je l'invite à me serrer la main; il le fait avec beaucoup de force, et ne veut pas me laisser partir. (Sinapismes aux pieds, vésicatoires aux jambes.) Le 19, même état. Le 20, la langue est sèche; l'abdomen météorisé, mais indolent; le pouls faible, peu fréquent; les urines involontaires. Le 21, à la suite d'une sueur extrêmement abondante, le malade paraît mieux; le pouls est à peine fréquent; la langue humide; le mieux apparent persiste le 22 et le 23. Le 24, tremblement musculaire de tout le corps; déglutition difficile; sueurs toute la nuit. (Potion avec le sulfate de quinine; pilules camphrées.) Le 25, délire; pouls grêle, lâche; il meurt pendant la nuit, vingt-unième jour de l'invasion. Le malade n'a évacué que par lavemens dans tout le cours de sa maladie.

Ouverture du cadavre. Cerveau et méninges dans l'état naturel; thorax sain; dans l'abdomen, un très-grand nombre de ganglions lymphatiques GL, GL qui partent de l'angle iléo-colique sont le siége d'un développement considérable; les vaisseaux sous-péritonéaux sont fortement injectés; plusieurs offrent des points blancs à leur surface; plusieurs paraissaient transformés en une poche fibreuse contenant une matière concrète blanc-rougeâtre semblable à du pus concret; l'un des ganglions ouverts GLO présente à son centre une matière jaunâtre concrète. L'intestin nous a présenté plusieurs espèces d'altérations qui m'ont paru difficiles à analyser : 1° le gros intestin, le cœcum C, et le commencement du colon offraient quelques follicules ulcérés; 2° près de la valvule iléo-cœcale VIC, aux dépens de cette valvule se voit un aspect ridé, plissé, qui me paraît indiquer une cicatrisation antérieure. On ne saurait méconnaître un travail de cicatrisation incomplet dans des espèces de caroncules que présentent les plaques PC, PC, situées au-dessus de la valvule. Quant aux plaques pustuleuses et gaufrées, situées plus haut, PG, PP, et aux follicules ulcérés, ils sont évidemment de nouvelle formation.

Réflexions. — L'analyse anatomique de ce fait me conduit donc à admettre deux altérations bien distinctes : 1° des plaques incomplètement ou complètement cicatrisées qui dénotent une entérite folliculeuse aiguë anciennement guérie; 2° des altérations nouvelles qui consistent dans des plaques gaufrées, pustuleuses, des ulcérations folliculeuses, des engorgemens des ganglions mésentériques. Il est malheureux que nous n'ayons pas de renseignemens plus positifs sur cet individu. Il eût été curieux de pouvoir faire l'histoire médicale d'un sujet d'après l'état de ses organes.

Ici l'altération portait au moins autant sur les ganglions lymphatiques que sur le canal intestinal. Il ne serait même pas déraisonnable de donner la première place dans les symptômes à l'engorgement glanduleux.

L'espèce d'intermittence que présenta cette maladie dans les derniers jours, les sueurs abondantes qui précédaient la rémission, me firent repentir de n'avoir pas employé plus tôt le fébrifuge. Certes ici, comme dans les autres cas d'entérite folliculeuse, on ne trouve pas dans la lésion anatomique la raison suffisante de la mort.

MALADIES DE L'ESTOMAC (CANCERS).

Vomissemens muqueux indomptables; hématémèse; épuisement.— Végétations encéphaloïdes de l'estomac et du commencement du duodénum, dont l'une obstruait le pylore.

(PLANCHE I, IV^e LIVRAISON.)

MADAME ALFIÉRI, âgée de quarante-deux ans, est depuis trois mois en proie à des vomissemens presque continuels qui amènent, au milieu de très-grands efforts, une quantité considérable de mucus filant et limpide, et par fois de sang pur, jamais de matières noires. Du reste, intégrité parfaite de toutes les fonctions : la face est bonne, la langue naturelle; maigreur sans marasme; teinte naturelle de la peau; pouls peu développé, mais sans fréquence. Une circonstance remarquable est celle-ci : toutes les fois que la malade se couche sur le côté gauche, la bouche se remplit d'eau qui lui semble remonter de l'estomac, et alors les vomissemens se déclarent; elle repose au contraire très-bien du côté droit. L'abdomen exploré présente, à la région ombilicale, au-dessous de l'ombilic, deux tumeurs arrondies, un peu douloureuses à la pression, mobiles, et que la main, promenée sur elles, déplace avec la plus grande facilité. — Les commémoratifs sont insignifians : la malade dit avoir toujours eu l'estomac faible et disposé au vomissement; mais d'ailleurs point de causes connues qui aient pu préparer de loin et provoquer cette maladie.

Diagnostic. Tumeurs probablement de nature cancéreuse obstruant le pylore. — La situation des tumeurs ne m'en impose pas, vu l'ampleur que peut acquérir l'estomac en pareil cas. J'ai trouvé une tumeur formée par le pylore cancéreux dans la région iliaque droite.

Traitement. J'ai eu recours successivement à tous les moyens empiriques ou rationnels que j'ai pu imaginer pour arrêter les vomissemens : potion anti-émétique, eau de Seltz à la glace, bains, épithème, sinapismes, etc. Ces vomissemens se suspendaient quelquefois huit jours pour reparaître avec une intensité désespérante pendant vingt-quatre, quarante-huit heures, et ne semblaient cesser que lorsque les forces étaient épuisées. Un fait assez curieux, c'est que les quarts de lavemens calmans, bien loin d'arrêter les vomissemens, les augmentaient ou les réveillaient lorsqu'ils étaient assoupis.

Le 30 septembre 1828, vomissemens de sang pur qui se renouvellent à plusieurs reprises pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles le sang est remplacé par des mucosités filantes. Aux vomissemens se joignent des mouvemens nerveux. Il semble à la malade qu'une boule remonte de l'épigastre au pharynx; alors elle étouffe et ses membres se contournent spasmodiquement. Les deux tumeurs sont remontées au-dessus de l'ombilic; on peut aisément les enfoncer dans l'hypochondre gauche.

Depuis le 1^er jusqu'au 13 octobre, les crises de vomissemens muqueux avec efforts violens sont continuelles; la malade a grand appétit, mais aucun aliment ne peut passer. Elle y renonce complètement. L'eau froide, l'eau à la glace elle-même sont rejetées. Le mouvement d'ascension des tumeurs a continué; elles répondent au niveau du rebord des fausses côtes gauches. Le 13, le pouls devient extrêmement grêle; affaissement; stupeur : la malade s'éteint le 17.

Ouverture du cadavre. L'abdomen ouvert, l'estomac et le duodénum paraissent parfaitement sains à l'extérieur. Leur paroi antérieure est soulevée par les deux tumeurs reconnues sur le vivant, lesquelles occupent évidemment leur cavité; l'une, plus considérable, située immédiatement au-dessus, l'autre immédiatement au-dessous du pylore. Pour les voir, il a donc fallu diviser l'estomac et le duodénum

(fig. 1). Alors se présentent ces tumeurs à découvert : celles de l'estomac sous la forme d'excroissances, de végétations à base large VE, V'E', formant de petites masses séparées les unes des autres; celle du duodénum VE'', située immédiatement au-dessous du pylore PP, ayant la forme d'un champignon qui ne tient aux parois que par un pédicule. Ces végétations sont d'une couleur rosée.

Examinées sous l'eau et à l'aide de la loupe, elles paraissent formées (fig. 1') par une innombrable quantité de lamelles ou folioles inégales en longueur, semblables aux papilles intestinales hypertrophiées, pressées les unes contre les autres, dont les unes sont extrêmement déliées, les autres plus épaisses; terminées tantôt en pointe, tantôt en renflement olivaire ou en massue; quelquefois rameuses ou groupées en grand nombre autour d'un pédicule commun qui les supporte. Cette disposition rameuse et verticillée est beaucoup plus prononcée dans la tumeur duodénale que dans les tumeurs gastriques; celles-ci présentent des lamelles ou folioles beaucoup plus courts. Toutes sont essentiellement constituées par une trame aréolaire fibreuse, formée aux dépens de la membrane muqueuse, de la membrane fibreuse et de la membrane musculeuse, laquelle trame aréolaire est pénétrée par une matière blanche galactiforme ou encéphaloïde qu'on exprime, pour ainsi dire, à flots comme d'une éponge. Enfin, pour compléter la description, des vaisseaux longs et non flexueux, d'apparence veineuse, extrêmement multipliés, parallèles, traversent perpendiculairement ces tumeurs de leur base vers leur extrémité, et se prolongent dans l'épaisseur des lamelles ou folioles dont elles sont comme hérissées. La figure 1', qui offre une coupe de l'estomac au niveau de l'une de ces tumeurs, donne une idée très-exacte de cette disposition, qui ressort bien davantage à l'aide d'une loupe. Il y avait là développement énorme des papilles gastriques et duodénales; toutes étaient pénétrées de matière encéphaloïde, laquelle était logée dans de petites cellules représentées figure 1'', grossies à l'aide d'une forte lentille.

Tous les autres organes sont parfaitement sains, à l'exception du foie qui contenait dans son épaisseur et du côté de sa face convexe un kyste non proéminent, mais manifeste à travers la transparence du péritoine. Ce kyste à parois fibreuses était rempli par une matière gélatineuse mêlée à une matière puriforme, lesquelles me paraissent des débris d'acéphalocystes.

Réflexions. — Tous les symptômes qu'a éprouvés notre malade peuvent être rapportés à l'obstacle mécanique apporté par la tumeur au passage des alimens de l'estomac dans le duodénum. Semblable à une soupape, la tumeur duodénale devait, dans certaines positions, obturer complètement le pylore. Son volume n'exclut pas l'idée que cette tumeur mobile n'ait pu s'engager par fois dans l'ouverture pylorique, et y rester engagée par la contraction du pylore. Les longs intervalles de bien-être s'expliquent à merveille par le libre passage des alimens; l'hématémèse s'explique aussi par la nature de la tumeur qui était toute vasculaire, molle, susceptible d'exhalation sanguine, et susceptible aussi d'être déchirée par les efforts de vomissemens. Il n'est même pas impossible que, plus tard, la tumeur pylorique duodénale, espèce de polype encéphaloïde, ne se fût détachée au milieu d'une hématémèse plus ou moins considérable, étranglée par le pylore, à la manière des polypes utérins, par le col de la matrice; alors les vomissemens auraient cessé, la malade aurait pu recouvrer ses forces jusqu'à ce que l'accroissement de la tumeur gastrique eût à son tour produit des symptômes soit locaux, soit généraux.

Supposons que l'altération eût occupé tout autre lieu que le voisinage du pylore, par exemple, ce qui est extrêmement fréquent, la petite courbure de l'estomac, le malade aurait vécu fort long-temps encore sans s'en apercevoir ou en s'en apercevant à peine; les tumeurs se seraient accrues, se seraient déchirées, ulcérées; d'autres se seraient formées : toutes seraient tombées dans une espèce de déliquium, de magma; des adhérences se seraient établies avec les parties voisines, qui elles-mêmes auraient été successivement envahies. Quelquefois la portion d'estomac saine n'est que le tiers de la surface de l'estomac, et cependant les phénomènes de la digestion s'accomplissent parfaitement.

Quel est le siége de ces végétations encéphaloïdes? J'ai dit ailleurs que le siége primitif du

cancer de l'estomac était la membrane fibreuse intermédiaire à la membrane muqueuse et à la membrane musculaire, que ce n'est que consécutivement que sont envahies les autres membranes. Cela est vrai pour le plus grand nombre des cancers, et peut-être même pour le cas en question : mais je me suis assuré que, dans un certain nombre d'affections cancéreuses, la membrane muqueuse était primitivement affectée. Les membranes muqueuses me paraissent essentiellement constituées par une trame vasculaire veineuse aréolaire, en un mot par une couche mince de tissu érectile; les follicules ne sont qu'un élément surajouté. C'est dans cette trame vasculaire, toute veineuse, que se développe le phénomène de l'inflammation; c'est là que se développe le cancer ulcéreux et encéphaloïde; il m'a été facile de voir, à l'aide d'une forte loupe, la matière encéphaloïde exprimée par une compression légère des nombreuses aréoles veineuses qui constituent la muqueuse vaginale, dans le cas de cancer du col de l'utérus étendu à la partie voisine du vagin; et, en coupant en dédolant cette membrane muqueuse, j'ai pu manifestement reconnaître les aréoles remplies par cette matière encéphaloïde; l'altération se propage quelquefois jusqu'aux vénules qui sortent de ce système capillaire veineux, et qu'on trouve gorgées de la même matière; l'ulcération est le résultat de la déchirure des aréoles et des vénules distendues.

Au fond, il me paraît résulter de mes recherches, que les cancers, comme d'ailleurs tous les phénomènes nutritifs, physiologiques et morbides, ont leur siége dans ce système capillaire veineux, qui est aussi le siége de toute nutrition, de toute sécrétion; que c'est de là que les produits morbides sont versés dans les mailles du tissu cellulaire, soit par exhalation, soit par déchirure. Ne soyons donc pas étonnés que la gangrène soit si fréquente dans les affections cancéreuses; la gangrène entre en quelque sorte comme un élément nécessaire dans ce genre de maladies : mais tantôt elle use lentement couche par couche les parties qu'elle affecte; c'est le cas le plus ordinaire : de là l'ichor cancéreux, dont l'horrible fétidité résulte du mélange du pus avec des matières putréfiées; tantôt la gangrène envahit à la fois une grande épaisseur de parties, lorsque l'altération s'est étendue à des vaisseaux plus volumineux, d'où encore les hémorrhagies qui surviennent si communément dans les cancers avec ou sans gangrène.

L'observation suivante fournira un exemple de cancer avec gangrène.

Cancer gangréneux latent de la petite courbure de l'estomac et de la portion voisine du foie.

(PLANCHE I, FIGURE 2.)

Un vieillard de quatre-vingt-trois ans est apporté à la Maison royale de Santé dans l'état suivant : nulle douleur; il n'en accuse aucune soit actuelle, soit antérieurement éprouvée; point de mouvement fébrile; dévoiement depuis peu; toux avec expectoration catarrhale. L'auscultation et la percussion ne m'apprennent rien pour le thorax. L'exploration la plus attentive de l'abdomen ne me fait découvrir aucune tumeur, aucune région sensible. Je pense qu'il existe une maladie chronique latente de quelqu'un des points du canal intestinal; probablement une entérite du gros intestin. Pour tout commémoratif, j'apprends que le malade s'est affaibli graduellement, mais sans garder le lit, au point qu'on regardait son état plutôt comme une suite nécessaire de l'âge avancé que comme le résultat d'une maladie proprement dite. Eau gommeuse : opiacés. — Le malade succombe après avoir présenté pendant deux jours un peu de fréquence dans le pouls et d'exaltation dans les idées. Il voulait absolument retourner chez lui.

A l'ouverture, je trouve la région épigastrique remplie par l'arc du colon AC, AC, AC, recourbé plusieurs fois sur lui-même et formant des espèces de circonvolutions adhérentes entre elles. Des tubercules durs, demi-transparens TC, T'C', longent ce gros intestin et occupent çà et là l'épaisseur du grand épiploon. Le gros intestin ayant été refoulé en bas, l'estomac s'est présenté adhérent intimement au lobe moyen du foie. Sa grosse extrémité était très-volumineuse et remplie de liquide. A sa surface, comme d'ailleurs dans l'épaisseur du mésentère et des épiploons rampait une très-grande quantité de vaisseaux lym-

phatiques volumineux, noueux, entrecoupés par de petits tubercules cancéreux VLC, V'L'C', quelques-uns de ces vaisseaux m'ont paru gorgés de la même matière cancéreuse.

L'estomac ouvert, nous voyons, à droite de l'orifice cardiaque OC, une vaste eschare gangréneuse CG formée aux dépens de la petite courbure et des parois antérieure et postérieure qui l'avoisinent. Cette eschare était noire, horriblement fétide; plongée sous l'eau, soumise à un rayon solaire et examinée à la loupe, j'ai trouvé, de même que dans les cancers utérins gangréneux, au milieu de lambeaux noirâtres, une multitude de vaisseaux noueux, rameux, jaunâtres. Ces vaisseaux, qui ont été parfaitement représentés ici, et que j'engage à étudier à la loupe, sont oblitérés par une matière blanchâtre. Sont-ce des artères, sont-ce des veines? L'analogie déduite des cancers gangréneux de l'utérus, non moins que leur couleur et leur épaisseur, me portent à admettre que ce sont des artères; les veines m'ont paru l'élément organique qui est le premier désorganisé dans la gangrène.

La gangrène ne s'était pas bornée aux parois de l'estomac; elle avait en outre envahi le parenchyme du foie dans l'épaisseur d'un demi-pouce environ, en sorte que, sans les adhérences assez intimes qui unissaient le foie et l'estomac jusqu'au-delà de l'altération, il y aurait eu communication entre la cavité de l'estomac et la cavité péritonéale. La portion du foie affectée de gangrène, plongée sous l'eau, présente les mêmes caractères que l'eschare de l'estomac.

Jusque-là nous ne voyons qu'un état gangréneux, et, sans un cercle de tissu grisâtre, très-dense, demi-transparent qui environnait l'escarhe du côté de l'estomac, sans les tubercules évidemment cancéreux de la surface externe de l'estomac et des épiploons, on aurait pu douter de la nature gangréneuse de la maladie. La portion gangrenée du foie n'était pas entourée d'un cercle cancéreux, mais faisait immédiatement suite au tissu sain. C'est ainsi que, dans un grand nombre de maladies dites cancéreuses de l'utérus, je n'ai trouvé rien autre chose qu'un détritus gangréneux au milieu duquel flottaient les vaisseaux artériels, reconnaissables à leurs flexuosités, vaisseaux qui avaient seuls résisté au travail désorganisateur. Aux limites de la gangrène, aucune trace de tissu cancéreux, à moins qu'on ne veuille dire que la gangrène envahit le tissu cancéreux à mesure qu'il est formé, ce qui est pour nous comme s'il n'existait pas. Ce que je puis affirmer, c'est que dans ces gangrènes rongeantes de l'utérus, le siége primitif, essentiel de l'altération est dans le système capillaire veineux, qui partout offre la disposition des tissus érectiles; que la circulation interceptée dans ce système capillaire a pour résultat immédiat l'ulcération, la gangrène.

Nous verrons plus tard combien la connaissance du siége immédiat des altérations organiques en général et du cancer en particulier, dans le système capillaire veineux, éclaire la question des cachexies consécutives. La maladie reste locale tout le temps que la matière cancéreuse reste isolée dans la portion de système capillaire veineux, qui, nouvel organe, l'a fournie; mais aussitôt que les limites ont été franchies, la matière cancéreuse roule, mêlée au sang, dans le torrent circulatoire; elle est présentée successivement à tous les systèmes capillaires veineux; les plus prédisposés la reçoivent; bientôt elle y détermine le mode d'irritation spécial qui la produit, car je ne pense pas que la matière cancéreuse soit déposée de toutes pièces; ce nouveau foyer devient bientôt lui-même une source d'infection générale. Je ne crois pas qu'il soit possible d'expliquer d'une manière plus satisfaisante l'apparition successive ou simultanée de milliers de tumeurs cancéreuses dans les différens organes. Pour en revenir à notre malade, le siége du cancer de l'estomac rend un compte très-exact du défaut absolu de symptômes. Il n'y avait pas de vomissemens, puisque les orifices de l'estomac étaient libres; il n'y avait pas de tumeur au moment où j'ai observé le malade, puisque la gangrène détruisait la dégénération à mesure qu'elle se formait. Chose remarquable! l'estomac, qui joue un si grand rôle dans l'économie, peut être détruit dans une bonne partie de son étendue sans que des symptômes locaux ou généraux manifestes viennent nous révéler une altération aussi profonde.

HERNIE PAR LE TROU OVALAIRE.

(Planche VI, XV^e livraison.)

Une indigente de la Salpêtrière, âgée de 80 ans environ, entre à l'infirmerie le 25 octobre 1832, pour une constipation opiniâtre, qui se conciliait d'ailleurs avec l'état de santé le plus satisfaisant; un lavement de deux onces d'huile douce de ricin est administré le 27. Dans la nuit du 27 au 28, la malade est prise de tous les accidents de l'étranglement. M. Piédagnel ayant eu l'obligeance de me faire prévenir, je me rendis, auprès de cette malade, qui présentait en effet tous les symptômes de l'étranglement: pouls misérable; extrémités froides; ventre volumineux, mais peu sensible à la pression; vomissements continuels: la malade vomit, en ma présence ce liquide provenant de l'intestin grêle, qu'on désigne improprement sous le nom de matières fécales.

Il existait deux hernies inguinales, dont la gauche plus considérable, qui se réduisaient avec la plus grande facilité, et ne pouvaient être considérées comme le point de départ des accidents.

La malade qui avait toute sa connaissance et qui ignorait néanmoins complétement sa fâcheuse position, mourut le même jour à une heure après midi.

Ouverture du cadavre. La hernie inguinale droite contenait de la sérosité et une anse intestinale. La hernie gauche n'était autre chose qu'un sac herniaire, dont l'orifice était froncé.

L'estomac était très ample, excepté vers le pylore, où il se rétrécissait brusquement, et était réduit dans l'espace d'un pouce aux dimensions de l'intestin grêle, il contenait beaucoup de gaz et un liquide trouble.

Une disposition insolite de l'intestin appela notre attention: quatre grandes circonvolutions se dirigeaient obliquement de haut en bas et de gauche à droite: je déployai l'intestin en partant du pylore, et je vis bientôt que la direction oblique que je viens de signaler était due à une anse d'intestin, qui s'engageait dans le canal sous-pubien du côté droit. La portion d'intestin déplacée était située à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle.

La fig. 3 représente la manière dont l'intestin était disposé derrière le trou sous-pubien: **IGS**, est le bout supérieur qui était distendu par une grande quantité de liquide; **IGI**, est le bout inférieur qui était rétréci; M, le mésentère; SP, répond à la symphise pubienne; CC est une coupe de la cavité cotyloïdienne: on voit le froncement du péritoine, P, au moment où il va s'engager dans l'anneau; V, la vessie; U, l'utérus. Les ovaires et les trompes qui ont été conservées sur la figure, permettent de saisir les rapports de toutes ces parties entre elles.

La fig. 1 représente la hernie sous-pubienne vue à l'extérieur. Pour la mettre à découvert, il a suffi d'enlever le muscle pectiné: derrière ce muscle était une lame aponévrotique, très ténue, à travers la transparence de laquelle s'apercevait une tumeur de couleur rouge.

La lame aponévrotique enlevée, nous avons vu la tumeur herniaire qui était très petite. Le nerf et les vaisseaux sous-pubiens, NV, étaient situés à son côté externe et antérieur, le nerf en avant, les vaisseaux en arrière: le muscle obturateur externe ayant été divisé, j'ai vu que la partie la plus considérable de la tumeur était située entre le muscle et l'aponévrose du trou sous-pubien. Une espèce d'étranglement très bien indiqué sur la figure, marque le point de réunion des deux portions de la tumeur.

Le sac, S, S, ayant été incisé, il s'est échappé une certaine quantité de sérosité sanguinolente; l'intestin, I, était rouge et injecté.

L'intestin (fig. 2) a pu être retiré sans beaucoup d'effort de l'anneau sous-pubien: il s'était alongé en doigt de gant; il n'était ni épaissi ni altéré dans son organisation.

Réflexions. Les hernies ovalaires ou sous-pubiennes, dont Duverney a le premier autopsiquement signalé l'existence, se font non par un anneau, mais par un canal, obliquement dirigé d'arrière en avant et de dehors en dedans, canal qui a son orifice interne, son trajet, son orifice externe, et que l'intestin franchit d'une manière graduelle. Il est probable que dans beaucoup de cas, comme dans celui qui précède, l'intestin doit s'engager entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe avant de s'échapper par l'orifice externe du canal. Il serait même possible que, dans quelques circonstances, l'intestin déplacé se trouvât contenu en entier entre l'aponévrose et le muscle.

La lame aponévrotique qui recouvre la hernie et qui n'est autre chose que la lame postérieure de la gaîne du muscle pectiné, maintient la tumeur fortement appli-

quée contre le muscle obturateur externe, en sorte que cette tumeur doit tendre à prendre son accroissement par en bas.

La situation de la tumeur au-dessous du muscle pectiné, ses rapports avec le nerf et les vaisseaux sous-pubiens qui ne se trouvent pas derrière le sac herniaire, comme on le dit généralement, mais qui occupent le côté externe et antérieur de la tumeur, fournissent les règles de conduite les plus importantes, soit pour le premier temps de l'opération, soit pour le débridement.

Dans le cas de hernie ovalaire étranglée, le procédé opératoire consisterait 1° à inciser les téguments, le tissu cellulaire et l'aponévrose fémorale, le long du bord interne du muscle pectiné, dans la ligne celluleuse qui la sépare du bord externe de l'adducteur superficiel.

2° A soulever le muscle pectiné, ce qui serait facile en maintenant la cuisse dans la demi-flexion.

3° A inciser la lame aponévrotique qui forme la paroi postérieure de la gaîne du pectiné.

4° A ouvrir le sac avec les mêmes précautions que dans toutes les hernies.

5° A débrider en bas et endedans pour éviter les vaisseaux qui se trouvent en dehors. Ce débridement devrait être fait en plusieurs temps; dans le premier temps, on inciserait le muscle obturateur externe, et on s'assurerait si une portion de la tumeur n'est pas logée entre le muscle et la membrane sous-pubienne; dans un second temps, on inciserait la membrane sous-pubienne; et dans un troisième; l'arcade aponévrotique du muscle obturateur interne.

MALADIES DES INTESTINS.

(XVII^{e} livr., pl. V.)

Hernie diaphragmatique.

Une femme de la Salpêtrière, rachitique, âgée de 75 ans environ, sujette depuis plusieurs années à des coliques très vives mais passagères, est portée à l'infirmerie dans l'état suivant : froid algide; cyanose; absence du pouls; vomissements continuels : il ne manquait pour compléter le tableau du choléra, que des évacuations alvines abondantes; elles étaient nulles : l'abdomen est volumineux, sensible à la pression. Quelques personnes crurent au choléra; je crus à un étranglement: l'absence de tumeur herniaire me fit diagnostiquer un étranglement interne. La malade qui n'éprouvait aucune douleur et ne soupçonnait nullement la gravité de sa position, succomba deux heures après la visite.

Ouverture du cadavre. La paroi antérieure du thorax et de l'abdomen ayant été enlevée, apparut une tumeur considérable HD (fig. 1) occupant le thorax dont elle remplit en presque totalité la cavité gauche. Le poumon du même côté refoulé en haut n'avait pas le quart de sa hauteur et de son volume accoutumés. Le cœur C avait été fortement déjeté à gauche, de telle sorte que si on avait exploré le thorax pendant la vie, on aurait pu croire à une transposition de ce viscère.

Il était facile de reconnaître dans la tumeur HD une hernie diaphragmatique. A travers la transparence du sac herniaire, on distinguait un grand nombre de circonvolutions intestinales, dont les unes avaient leur couleur naturelle, dont les autres offraient une couleur noirâtre. Dans l'épaisseur de l'enveloppe transparente se voyaient des lignes blanches N, *n*, *n*, *n*, qu'une dissection attentive m'a démontrées n'être autre chose que des nerfs diaphragmatiques gauches.

Les intestins contenus dans la cavité abdominale présentaient les mêmes nuances de coloration que ceux contenus dans la hernie; les uns tels que l'estomac E, quelques anses d'intestin grêle IG, le gros intestin GO (fig 2), étaient dans l'état naturel; les autres offraient une couleur lie de vin, ici foncée, là claire.

Il était évident, d'après ce premier aperçu : 1° qu'il existait une hernie diaphragmatique, 2° qu'il y avait étranglement de l'intestin : je crus d'abord que cet étranglement existait au collet du sac herniaire, mais le doigt introduit dans l'orifice ou collet du sac ne rencontrait aucun obstacle. Je réfléchis qu'il devait en être ainsi, puisqu'une bonne portion des circonvolutions intestinales contenues dans le sac herniaire, ne présentait aucune trace d'altération. Je présumai alors que la cause de l'étranglement devait se trouver dans l'intérieur du sac lui-même; que cet étranglement devait être partiel, ainsi qu'il arrive si souvent dans les hernies volumineuses ombilicales ou autres: j'ouvris donc le sac, mais j'eus beau déployer successivement toutes les circonvolutions qui y étaient contenues, je ne trouvai aucune bride, aucune cause quelconque d'où pût résulter la constriction de l'intestin.

La cause de l'étranglement devait donc être dans l'abdomen. Je la cherchai d'abord aux divers anneaux de la paroi antérieure et de la paroi inférieure de cette cavité, et je la découvris enfin dans un renversement ou torsion du mésentère sur lui-même ET (fig. 2), torsion en vertu de laquelle le mésentère se trouvait transformé en une bride extrêmement résistante qui, appliquée sur l'intestin, interceptait complétement le cours des matières.

La fig. 2 représente 1° le collet circulaire du sac CS, 2° les deux feuillets séreux qui le constituent, savoir un inférieur PR, formé par le péritoine, un supérieur PV formé par la plèvre. Ces deux feuillets accolés étaient faciles à séparer. Les branches nerveuses N, *n*, *n*, *n*, représentées fig. 1, étaient interposées à ces deux feuillets.

Le collet du sac était peu résistant, dilatable, ne présentant d'organisation fibreuse qu'en dedans où il répondait au centre phrénique. Le diaphragme avait subi une perte de substance correspondante au collet du sac; partout ailleurs il était dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Réflexions. Cette observation offre la coïncidence singulière d'une hernie très considérable et d'un étranglement auquel la hernie était complétement étrangère.

Il serait possible néanmoins que le déplacement des viscères eût favorisé cette torsion du mésentère cause de l'étranglement et de la mort : la même coïncidence n'est pas en

effet sans exemple dans les hernies extérieures; ce qui jette sur la diagnostic et par conséquent sur le traitement, une obscurité qu'il est souvent bien difficile de dissiper.

Les hernies diaphragmatiques sont rares et leur théorie encore mal établie. On comprend généralement sous ce nom, tous les déplacements des viscères abdominaux à travers le diaphragme, quelle qu'en soit la cause; mais en adoptant pour ces déplacements la sévérité de langage qui préside à la classification des déplacements qui ont lieu à travers la paroi antérieure de l'abdomen, nous devrons éliminer du nombre des hernies les déplacements à travers le diaphragme, qui sont la suite d'une solution de continuité de cette cloison membraneuse.

Un des cas de hernie thoracique rapporté par J. L. Petit (OEuvr. posthum.) doit être, suivant la remarque judicieuse de Béclard, rapporté aux éventrations ; car la tumeur à base large et terminée en cône mousse qui contenait l'estomac, une grande partie du colon et presque tout l'épiploon, avait pour sac hernaire: 1° le péritoine, 2° le diaphragme aminci, 3° la plèvre. Il n'existait pas le plus léger éraillement des fibres musculaires et aponévrotiques du diaphragme.

Les hernies diaphragmatiques proprement dites, sont les unes congéniales, les autres accidentelles. Je regarde l'observation qui fait le sujet de la planche V, comme un exemple de hernie diaphragmatique congéniale.

Les hernies diaphragmatiques accidentelles sont extrêmement rares, et pourtant combien est mince et peu résistante cette cloison musculaire qui présente toujours en avant un petit espace triangulaire, et très souvent dans divers points de son étendue et sur-tout en arrière, des interstices très considérables entre les faisceaux musculaires.

Mais si l'on considère que les organes qui répondent au diaphragme dans la plus grande partie de son étendue sont le foie, l'estomac, la rate, les reins; que l'effet de la contraction des parois abdominales se porte entièrement en avant et en bas; que d'une autre part, pendant la contraction du diaphragme, les poumons sont remplis d'air, et exercent une certaine pression sur le muscle, on concevra la rareté des hernies à travers le diaphragme.

Un grand nombre de faits m'autorisent à n'admettre qu'un seul mode de formation pour les hernies diaphragmatiques accidentelles. Une masse adipeuse se forme entre le péritoine et le diaphragme, derrière l'appendice xyphoïde; cette masse graduellement accrue écarte les fibres à la manière d'un coin et pénètre dans le médiastin; bientôt le péritoine la suit, entraîné qu'il est par cette tumeur. Un sac herniaire se forme et ce n'est que plus tard, et souvent d'une manière temporaire, que les viscères s'insinuent dans le sac herniaire qui est par conséquent préexistant à la hernie.

Souvent un sac herniaire diaphragmatique existe depuis long-temps, sans qu'aucun viscère se soit introduit dans sa cavité, ce qui s'explique aisément, si l'on considère que c'est au niveau du foie que correspond presque toujours ce sac herniaire; que si au contraire l'épiploon est renversé sur l'estomac ou sur le foie, il pénètre dans le sac avec la plus grande facilité. Je suis persuadé que les hernies diaphragmatiques accidentelles seraient beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le sont en effet, si le diaphragme était en rapport immédiat avec des parties aussi mobiles et aussi susceptibles de s'insinuer dans tous les espaces vides, quelque petits qu'ils soient, que l'épiploon et l'intestin grêle.

Une observation de hernie diaphragmatique épiploïque rapportée par Béclard, vient à l'appui de ce qui précède. Dans ce cas, il y avait deux sacs herniaires : l'un petit, vide, ayant l'aspect d'un dé à coudre, semblait formé dans l'épaisseur de la base d'un des appendices graisseux du médiastin : il n'y avait rien dans ce sac; l'autre, tubuleux, situé à droite du précédent derrière l'appendice xyphoïde, long de trois pouces, un peu plus gros que l'intestin grêle, s'était enfoncé dans le médiastin dont il avait soulevé la lame droite qui faisait saillie dans la cavité correspondante du thorax. Les deux membranes, qui constituaient le sac herniaire, savoir : la plèvre et le péritoine, étaient si intimement unis, qu'on ne pouvait les séparer. Ce sac contenait seulement de l'épiploon qui était compacte et graisseux.

MALADIES DES INTESTINS.

(PLANCHE V, VII^e LIVRAISON.)

Étranglement interne par une bride circulaire formée par une appendice épiploïque. (FIG. 1.)

Demoiselle Hullin, femme Saint-Éloy, danseuse à l'Opéra, âgée de vingt-sept ans, fut prise, le mardi 17 février 1829, de vomissemens répétés avec grande anxiété. Dans la nuit du mardi au mercredi, les accidens augmentant, un médecin, appelé, fait appliquer 15 sangsues sur l'abdomen. Persistance des accidens le mercredi avec quelques momens de rémission au moins apparens; redoublement des accidens le jeudi : mort à dix heures du soir. Les médecins pensèrent que la malade avait succombé à un iléus.

La mort rapide de cette dame, la violence des symptômes, leur invasion subite, firent répandre des bruits sinistres sur leur cause. Le mot d'empoisonnement fut prononcé; on alla jusqu'à en accuser le sieur Saint-Éloy, qui, pour faire taire ces accusations calomnieuses, demanda à l'autorité l'exhumation du corps et l'autopsie. Cette opération fut faite le 28 février, en présence des médecins qui avaient donné leurs soins à la malade, et du juge d'instruction.

L'étranglement interne échappa aux investigations du médecin légiste chargé de l'autopsie, et il conclut que la dame Hullin avait succombé à une gastro-entérite chronique, tout en invitant l'autorité à faire procéder à l'analyse chimique des matières contenues dans les voies alimentaires.

La justice ne s'étant pas cru suffisamment éclairée, désigna MM. Orfila et Rostan pour procéder à l'examen pathologique des intestins, et à l'analyse chimique des matières contenues dans le canal alimentaire; les uns et les autres furent envoyés à la Faculté de médecine à l'analyse chimique. En déroulant les intestins, on reconnut dans une bride circulaire qui étreignait l'intestin, la cause des accidens et de la mort.

Cette bride circulaire ST (fig. 1) présentait dans sa moitié postérieure, qui est ici cachée, tous les caractères d'une appendice épiploïque; et dans sa moitié antérieure, ici en évidence, tous les caractères d'une bride filiforme ayant la ténuité d'un fil de soie. Cette appendice naissait du colon à quelques pouces au-dessus du cœcum. Elle était adhérente au mésocolon par ses deux extrémités et formait un anneau complet.

M. Rostan, qui est l'historien de ce fait (1), mentionne à ce sujet deux faits d'étranglement interne. Dans le premier cas, l'étranglement était produit par l'appendice vermiculaire qui avait contracté, par son extrémité libre, une adhérence avec le rectum. Le paquet intestinal était tombé dans l'espèce d'anse formée par cette appendice et le sacrum; remontant ensuite au-devant de cette anse, par une sorte de mouvement circulaire, il s'était engagé de nouveau entre l'arcade iléo-cœcale et le sacrum.

Dans le second cas, la constriction était produite par une trompe utérine dont le pavillon avait contracté adhérence avec les parties voisines.

Hernie ombilicale congéniale. (FIG. 2 et 2'.)

Les figures 2 et 2' appartiennent à un fœtus mort-né de sept mois et demi, qui m'a été remis par M. Deneux. Le cordon ombilical CO est situé à gauche de l'intestin grèle déplacé IG. On voit les débris du sac herniaire SO. La fig. 2' représente les rapports de la veine et des artères ombilicales avec le sac herniaire.

L'enfant était venu au monde avec les intestins situés hors de la cavité abdominale. On pourrait croire que la rupture du sac avait été le résultat du travail de l'accouchement, si un grand nombre de faits analogues n'établissaient qu'on trouve quelquefois les intestins du fœtus hors de l'abdomen avant le commencement du travail. D'ailleurs, ici, les débris du sac herniaire présentaient cette coloration brun jaunâtre qui atteste un travail morbide ancien.

Plusieurs faits m'autorisent à admettre que les hernies ombilicales congéniales ne sont point le résultat d'un arrêt, mais bien d'une imperfection de développement: dans les premiers temps de la gestation, les intestins ne sont pas contenus dans l'épaisseur de la base du cordon ombilical, d'où ils rentreraient peu-à-peu dans l'abdomen. Les cas dans lesquels cette disposition s'est présentée me paraissent des cas anormaux.

(1) *Archives de médecine*, t. 19, p. 332. — Année 1829.

MALADIES DE LA BOUCHE, DU PHARYNX, DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC. (*Enfants nouveau-nés.*)

(Planche III, XVe livraison.)

EXPLICATION DES FIGURES.

Les figures 1, 2, 3, représentent trois cas d'inflammation pseudo-membraneuse de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. Cette inflammation connue sous le nom de *muguet*, lorsqu'elle a lieu chez les enfants, souvent bornée à la muqueuse buccale, d'autres fois limitée à la bouche et au pharynx, envahit quelquefois l'œsophage, dans lequel elle pénètre plus ou moins profondément : les dentelures par lesquelles l'épiderme œsophagien se termine, sont pour cette affection, une barrière qu'elle ne franchit que dans des cas excessivement rares. L'exsudation pseudo-membraneuse, le plus habituellement d'un blanc de lait (fig. 1), est jaunâtre, verdâtre (fig. 2, 3), lorsque des vomissements bilieux ayant existé, la matière colorante de la bile a coloré les pellicules : sous les fausses membranes qui sont plus ou moins confluentes, la muqueuse est revêtue de son épiderme, et ne présente d'autre altération qu'une rougeur, légère dans le cas de pseudo-membrane discrète (fig. 1); intense dans le cas de pseudo-membrane confluente (fig. 2 et 3).

Il est extrêmement rare de voir le muguet pénétrer dans les voies aériennes : souvent le pourtour de l'orifice supérieur du larynx est hérissé de fausses membranes, et néanmoins la muqueuse laryngée en est tout-à-fait exempte (fig. 1'), tandis que, par opposition, nous voyons, dans le croup, l'inflammation pseudo-membraneuse du larynx, sans lésion aucune de la muqueuse pharyngienne. Cependant dans le cas représenté fig. 2 et 2', de fausses membranes remplissaient les ventricules du larynx.

La disposition linéaire et comme sillonnée des pseudo-membranes de l'œsophage, représentées fig. 3, s'explique par les replis longitudinaux de la muqueuse œsophagienne.

Réflexions. Le muguet n'est autre chose que l'inflammation pseudo-membraneuse de la muqueuse de la bouche.

Cette inflammation est bien loin d'être particulière à la première enfance. Tous les âges de la vie y sont exposés; mais chez l'adulte, elle est rarement primitive ou idiopathique. Presque toujours elle est consécutive ou symptomatique d'une lésion grave du canal intestinal, et se manifeste à une période plus ou moins avancée des maladies aiguës ou chroniques, quelquefois même pendant une fausse convalescence. Son apparition dénote bien souvent une terminaison funeste, qui est presque constante lorsque cette affection est rebelle aux moyens qui en triomphent le plus ordinairement. J'ai été appelé pour donner mes soins à un de nos confrères, chez lequel, pendant la constitution cholérique, l'influence épidémique se manifesta par une entérite latente. Je ne le vis qu'au bout de trois mois de maladie. Depuis quinze jours, il était sous l'influence d'une stomatite qui paraissait seule entraver son rétablissement; je lui conseillai successivement les lotions et les gargarismes alumineux ou animés avec l'eau de Rabel qu'on alternait avec les gargarismes adoucissants et calmants. La sécrétion pseudo-membraneuse se reproduisit incessamment pendant deux mois encore, au bout desquels la phlegmasie intestinale, de latente qu'elle était, devint aiguë et emporta notre malade.

Chez l'adulte, de même que chez l'enfant nouveau-né, la stomatite peut s'étendre dans le pharynx et dans l'œsophage, que j'ai trouvés nombre de fois remplis par une matière pultacée blanchâtre ou brunâtre.

La stomatite des enfants nouveau-nés est souvent épidémique : elle est endémique dans certains hôpitaux où les salles destinées aux enfants nouveau-nés, sont froides, humides et mal aérées; tel est en particulier l'hôpital de Limoges, où cette maladie faisait autrefois de grands ravages. J'avoue que je n'ai jamais conçu le système des hôpitaux pour les enfants nouveau-nés. Le lait d'une bonne nourrice, un air pur, voilà tout ce dont a besoin un enfant nouveau-né; mais lui prescrire des médicaments m'a toujours paru un contre-sens.

Inflammation folliculeuse de l'estomac.

Les figures 4, 5, 6, représentent l'estomac d'enfants nouveau-nés qui ont succombé, l'un au bout de huit jours, l'autre au bout de quinze jours, le troisième un mois après sa naissance. Dans tous, on voit des ulcérations plus ou moins multipliées, dont plusieurs (fig. 4) se sont déjà réunies. Dans cette même figure les bords des ulcérations sont d'un rouge foncé. Dans le cas représenté fig. 6, des vomissements noirs avaient eu lieu; l'estomac contenait une matière noire : les bords noirs, la surface noirâtre des ulcérations attestaient assez que cette matière noire, qui n'était autre chose que du sang altéré, provenait de leur surface.

Réflexions. L'inflammation folliculeuse de l'estomac chez les enfants nouveau-nés a été signalée par M. Billard, dont la science doit déplorer la perte prématurée. Sur quinze cas qu'il a observés, huit avaient pour sujet des enfants de quatre à six jours; les autres des enfants de huit à douze jours; un seul était âgé de trois semaines. Il s'ensuivrait, d'après ces faits, trop peu nombreux, il est vrai, pour pouvoir en tirer quelque induction générale, que les enfants sont d'autant plus exposés à l'inflammation folliculeuse de l'estomac, qu'on les observe à une époque plus rapprochée de la naissance. Plusieurs des malades observés par M. Billard avaient en même temps des lésions graves dans d'autres organes; un seul, âgé de quatre jours, n'a présenté d'autre lésion que l'ulcération de l'estomac.

Quant au siége primitif de la maladie dans les follicules, s'il peut y avoir quelque incertitude à cet égard, lorsque l'ulcération est portée à un certain degré, il n'en est pas de même lorsque l'ulcération est commençante.

MALADIES DE L'APPAREIL EXCRÉTEUR DE LA BILE.

(Planches 4 et 5, xii^e livraison.)

La rétention de la bile par des obstacles mécaniques, dont les uns sont extérieurs, les autres intérieurs aux voies biliaires; les calculs biliaires et autres corps étrangers; l'inflammation aiguë ou chronique des conduits biliaires; les diverses transformations ou dégénérations organiques de ces conduits; voilà les différens chefs autour desquels peuvent se ranger le plus grand nombre des maladies de l'appareil excréteur de la bile.

I. Les *calculs biliaires* peuvent se former dans tous les points de l'étendue des voies biliaires : 1° dans les radicules hépatiques; 2° dans le canal hépatique et ses divisions; 3° dans le canal cystique; 4° dans la vésicule du fiel; 5° dans le canal cholédoque. La distinction des calculs en *hépatiques* et en *biliaires*, est en opposition avec les faits, si on entend par calculs hépatiques, des calculs formés hors des canaux excréteurs de la bile.

II. Les calculs biliaires peuvent être la conséquence d'obstacles au cours de la bile; et, alors, l'analyse chimique a prouvé qu'ils n'étaient autre chose qu'un mélange de mucus et de bile épaissie. Mais le plus souvent ils sont le résultat de la composition chimique de ce liquide, qui contient des principes, sinon étrangers à la bile, au moins plus abondans que dans l'état normal, lesquels principes étant peu solubles, se précipitent; tels sont les calculs formés de cette matière grasse, cristallisable, découverte par Poulletier de la Salle, bien décrite par Fourcroy sous le nom d'adipocire, et que M. Chevreul a nommée cholestérine. Il est des calculs entièrement formés de cholestérine; d'autres entièrement formés de mucus et de matière jaune épaissie ou de matière résineuse; un grand nombre sont à la fois composés de cholestérine, de matière jaune et de matière résineuse. La plupart des calculs de cholestérine ont pour noyau des concrétions de bile épaissie.

III. La figure 1, Pl. 4, offre un exemple remarquable de concrétions biliaires occupant les radicules les plus ténues du foie. Ces concrétions se présentent sous l'aspect de petits grains d'un vert foncé, d'un volume inégal, de forme irrégulière, disséminés au milieu d'un tissu sain, dont la couleur jaune contraste d'une manière si remarquable avec celle des calculs. Je n'ai aucuns renseignemens sur le sujet auquel appartenait ce foie. On pourrait discuter la question de savoir si ces concrétions étaient déposées au sein des granulations hépatiques, ou dans les radicules biliaires, au moment où elles émergent du grain glanduleux lui-même. Mais cette discussion me paraît dénuée de toute espèce d'intérêt.

IV. Les calculs biliaires sont extrêmement fréquens dans la vésicule; là, se trouve en effet la condition du séjour du liquide, condition si favorable à la précipitation des matières peu solubles; là, sur-tout, la bile se dépouille par l'absorption d'une très grande quantité de liquide dissolvant. Or les calculs biliaires de la vésicule ne déterminent presque jamais d'accidens par le seul fait de leur présence, mais bien par l'inflammation de la muqueuse cystique dont ils sont quelquefois suivis. J'ai vu un nombre prodigieux de cas dans lesquels la vésicule était remplie de concrétions, sans que les malades eussent accusé le plus léger symptôme du côté de cet organe. Dans un de ces cas, la vésicule était très dilatée, et son fond adhérait aux parois abdominales un peu au-dessous de l'ombilic. Je ne puis donc adopter sans restriction l'opinion des auteurs qui attribuent à la présence de calculs dans la vésicule un grand nombre d'accidens, tels que l'ictère, et sur-tout des ictères opiniâtres et répétés; (*Si icterus semel, denuò aut sæpius recidivet, signum est infallibile oriri à*

calculo vesicæ fellis, Baglivi); une douleur sourde et profonde dans l'hypochondre droit, douleur qui se propage du côté de l'épigastre, au col, à l'épaule, à tout le thorax; qui fixe quelquefois son siége derrière le sternum, qui augmente par la course et par les efforts de l'inspiration et se manifeste deux ou trois heures après le repas; des coliques ou crampes hépatiques plus ou moins vives et plus ou moins fréquentes, et revenant par accès.

V. Les accidens graves rapportés, par J.-L. Petit, à la présence de calculs biliaires dans la vésicule, me paraissent tenir uniquement aux accidens inflammatoires dont ils étaient accompagnés. Combattre ces accidens inflammatoires, voilà le seul traitement rationel : et les secours chirurgicaux, tels que l'incision de la tumeur, l'extraction des calculs par un procédé tout semblable à l'opération de la lithotomie, ne peuvent être conseillés que lorsqu'une inflammation se prononce à l'extérieur, se termine par suppuration, et requiert impérieusement l'emploi de l'instrument tranchant. On trouve, dans une thèse soutenue à la Faculté, le 2 janvier 1828, par M. Chaule, deux cas très remarquables d'inflammation de la vésicule consécutive à des calculs biliaires. La conduite tenue par M. Chaule père peut servir de modèle. J.-L. Petit n'avait-il pas pris le change et ne rapportait-il pas au foie l'inflammation de la vésicule, lorsqu'il disait que les tumeurs biliaires étaient la suite d'inflammations du tissu du foie terminées par résolution.

VI. L'oblitération complète du canal cystique ou du col de la vésicule du fiel, soit par des calculs biliaires, soit par une inflammation adhésive, n'entraîne le plus souvent aucun accident. Je pourrais citer plusieurs faits à l'appui de cette proposition. Alors la vésicule du fiel étant étrangère à la circulation de la bile, le foie se trouve dans les conditions des glandes privées de réservoir : la bile cystique est absorbée et remplacée par du mucus. Dans cet état de choses, l'inflammation peut s'emparer de la muqueuse cystique, et alors surviennent les accidens inflammatoires et spasmodiques les plus graves. Il n'est pas rare de voir ces inflammations se terminer par l'adhésion des parois opposées de la vésicule, qui est alors réduite à un petit cordon celluleux; sa fossette s'efface en partie, et c'est dans des cas de cette espèce, dont plusieurs se sont offerts à mon observation, qu'on a pu croire à l'absence congéniale de la vésicule biliaire. Si cette vésicule contient un gros calcul, il n'est pas rare de la voir se mouler sur lui et y adhérer si intimement qu'on a beaucoup de peine à l'en séparer. On conçoit que cette adhérence est purement mécanique : alors la membrane interne de la vésicule ne présente plus aucun caractère de membrane muqueuse; la vésicule tout entière est transformée en un kyste qui m'a paru complétement fibreux. Le péritoine seul a conservé son caractère. J'ai vu dernièrement un cas de ce genre : le calcul était composé de cholestérine, et avait pour noyau de la bile épaissie; sa surface était mamelonnée comme d'ailleurs celle de tous les calculs adhérens ou enchatonnés.

VII. Il est bien difficile, dans le cas d'inflammation de la vésicule coïncidant avec des calculs biliaires, de déterminer le degré d'influence qu'ont pu exercer ces calculs sur la production de l'inflammation; car les cystites biliaires les plus intenses que j'aie eu occasion d'observer, étaient tout-à-fait indépendantes de la présence de calculs. Il n'y avait pas de calculs dans deux cas où la cystite s'est terminée par perforation de la vésicule, d'où péritonite suraigüe, et mort en quelques heures. Dans l'un de ces cas, la perforation avait eu lieu par escharre; dans l'autre, il y avait un ramollissement analogue au ramollissement gélatiniforme.

VIII. Lorsqu'un calcul d'un certain volume est formé dans la vésicule du fiel, il est presque impossible qu'il traverse la courbe spiroïde que décrit le col de la vésicule, ou qu'il franchisse les valvules obliques du canal cystique. Lors donc qu'un calcul d'un certain volume arrive de la vésicule dans le canal alimentaire, ce ne peut être que par suite de perforation de la vésicule dans le duodénum ou dans le gros intestin. Cette perforation n'est pas toujours accompagnée d'accidens graves, et quelquefois on n'en est averti que par la sortie par l'anus d'un calcul plus ou moins volumineux.

Un malade, âgé de soixante-sept ans, éprouve une diarrhée et des tiraillemens passagers dans la région

ombilicale : expulsion d'un calcul biliaire semblable à un œuf de poule coupé en travers ; la diarrhée et les tiraillemens persistent ; expulsion d'un second calcul, ou peut-être de la seconde moitié. Les deux calculs réunis ont un diamètre vertical de 2 pouces 4 lignes et des diamètres horizontaux d'un pouce 3 lignes. M. Fiedler, qui rapporte ce cas, fait observer qu'il n'y avait ni ictère, ni douleurs à la région du foie, et émet à cette occasion ce paradoxe qui trouve peut-être son explication dans ce qui précède : savoir, *que l'expulsion des gros calculs est moins douloureuse que celle des petits.*

IX. On a vu des calculs biliaires volumineux arrêtés au-dessus du sphincter de l'anus, donner lieu à une constipation opiniâtre, qui n'a cédé qu'à l'expulsion douloureuse de ce corps étranger. Doit-on admettre que ces calculs, arrêtés dans l'un des points du canal alimentaire, aient pu donner lieu à tous les symptômes de l'étranglement ? Le cas suivant, présenté à la Société anatomique par M. Monod, ancien élève interne à Bicêtre, aujourd'hui prosecteur à la Faculté, semble résoudre cette question par l'affirmative.

Belhabit, soixante-douze ans, pauvre de Bicêtre où il était occupé à des travaux pénibles, fut pris de vomissemens pendant la nuit du 24 janvier 1827 : dévoiement d'abord, puis constipation. Les vomissemens se renouvellent : dépérissement rapide ; il entre à l'infirmerie le 30 janvier. Observé le 31, il présente des traits affaissés, de l'abattement ; la langue est rouge et sèche. L'abdomen est légèrement tuméfié à l'épigastre ; bruit de liquide par l'effet d'une petite secousse imprimée à cette région. Les vomissemens sont très fréquens, les matières vomies sont d'un jaune-brunâtre. Pouls plein et fréquent (vingt sangsues à l'épigastre, boissons émollientes, lavement purgatif). Le 1er février, mêmes symptômes ; vomissemens de plus en plus fréquens ; mort dans la soirée.

Ouverture du cadavre. On trouve la moitié inférieure de l'œsophage, l'estomac, le duodénum et le tiers supérieur du jéjunum distendus par un liquide jaune-brunâtre d'une odeur fétide, semblable à la matière des vomissemens. Un calcul biliaire présentant une forme conique assez régulière, ayant un pouce trois lignes de hauteur, un pouce deux lignes de diamètre à sa base, légèrement renflé à sa partie moyenne, était engagé dans le jéjunum, immédiatement au-dessous de la dilatation, et si étroitement embrassé par cet intestin, que les liquides ne pouvaient franchir l'obstacle ; la partie de l'intestin, supérieure au calcul, avait un pouce huit lignes de diamètre ; la partie inférieure avait un pouce de diamètre. La muqueuse, teinte en jaune et fortement injectée au-dessus du calcul, était d'un noir violacé au-dessous. L'extrémité de l'intestin grêle et le gros intestin offraient des traces de phlegmasie légère. La muqueuse gastrique était ramollie et fortement injectée. Le duodénum et le colon ascendant étaient tous deux adhérens au bas-fond de la vésicule biliaire. Une perforation qui permettait la facile introduction du doigt, établissait une communication entre la cavité du duodénum et celle de la vésicule. Un calcul biliaire, d'une forme pyramidale triangulaire, ayant six lignes de hauteur, était engagé par sa base dans cette ouverture, dont la circonférence était lisse et unie. Les parois de la vésicule avaient acquis beaucoup de densité et d'épaisseur ; le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était en pleine suppuration. Un stylet introduit dans la vésicule pénétra facilement dans l'abcès situé entre le foie et la vésicule ; celle-ci contenait un peu de bile ; le conduit cholédoque était libre ; le conduit cystique, très étroit et en partie obstrué, ne permettait pas l'introduction d'un stylet à panaris ; l'aorte descendante était affectée d'un anévrysme commençant.

J'avoue qu'à la vue des pièces pathologiques dont on vient de lire la description, des doutes se sont élevés dans mon esprit sur l'étranglement. Un calcul d'un pouce 6 lignes de diamètre ne pourra jamais obstruer hermétiquement un canal aussi dilatable que l'intestin grêle qui peut aisément acquérir de deux pouces à deux pouces et demi de diamètre : les accidens éprouvés peuvent s'expliquer par l'abcès du tissu cellulaire extérieur à la vésicule : l'ouverture de cet abcès dans la vésicule est un fait curieux qui peut trouver son application dans une foule de cas.

X. Doit-on penser que des calculs biliaires puissent se former et s'accroître dans le canal alimentaire ? L'opinion qui consiste à admettre la formation d'un noyau biliaire dans le canal alimentaire, si jamais elle a été soutenue, est aujourd'hui complétement abandonnée. Il n'en est pas de même de l'accroissement des calculs biliaires par des couches nouvelles surajoutées. On se fonde sur le volume énorme de certains calculs rendus par l'anus, sans que les malades aient éprouvé d'accidens notables du côté du foie ; mais ce volume s'explique en général par la communication directe de la vésicule du fiel dans l'intestin : l'absence plus ou moins complète d'accidens du côté du foie, peut se

concevoir par la lenteur du travail d'adhésion et d'ulcération. Le calcul biliaire, une fois arrivé dans le canal intestinal, circule entouré de mucus, de sucs alimentaires, d'alimens, de bile dénaturée et transformée en émulsion. Il ne se trouve, d'ailleurs, dans aucune des conditions favorables à la précipitation et à la cristallisation des matières insolubles, car il obéit au mouvement péristaltique qui le transporte incessament vers l'anus, en même temps que les matières alimentaires.

XI. Si la vésicule et son canal sont quelquefois impunément remplis et même obstrués par des calculs, parce qu'à la rigueur, les voies biliaires peuvent se passer de réservoir, il n'en est pas de même des canaux hépatique et cholédoque, que la bile doit nécessairement et incessamment traverser. Ainsi, toutes les fois qu'un obstacle quelconque, ou mécanique ou organique, s'opposera à l'écoulement de la bile, les accidens les plus graves, et même la mort surviendront par le seul fait de la rétention de ce liquide. C'est ainsi que nous voyons tous les jours l'induration squirrheuse du tissu cellulaire qui entoure les calculs biliaires ralentir, et quelquefois supprimer entièrement la circulation de la bile. Dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Bérard, la rétention complète de la bile était produite par une bride fibro-celluleuse qui étreignait le canal cholédoque; tous les conduits hépatiques, jusques dans leurs plus petites divisions, étaient considérablement dilatés.

XII. A côté de ce cas de dilatation énorme des conduits biliaires par suite de la rétention de la bile, il est curieux de placer des exemples de dilatation tout-à-fait semblable, sans obstacle aucun au cours de ce liquide : deux fois j'ai rencontré ce cas. Le tissu du foie paraissait plus humide que de coutume. Il était mou, peu granuleux et comme atrophié. La bile était extrêmement liquide, à peine teinte en jaune. Les coupes, faites dans le foie, présentaient les orifices béans des canaux hépatiques aussi volumineux que ceux de la veine porte. Une augmentation notable de la sécrétion biliaire, suffirait-elle pour opérer une semblable dilatation.

XIII. Lorsque l'obstacle au cours de la bile est peu considérable, ce liquide peut arriver dans le duodénum par une sorte de regorgement assez analogue au regorgement de l'urine lorsque la vessie est distendue outre mesure. Il peut même arriver que l'obstacle ayant été levé, la vésicule et les canaux biliaires, dont la contractilité a été vaincue ne puissent plus se contracter et restent distendus, à peu près comme la vessie urinaire après une longue rétention d'urine. Dernièrement, j'ai vu une vésicule du fiel aussi volumineuse qu'une vessie ordinaire; elle atteignait la région ombilicale. Je crus d'abord qu'il y avait obstacle invincible au cours de la bile ; point du tout : une compression assez légère de la vésicule faisait pleuvoir la bile dans le duodénum; des ganglions lymphatiques cancéreux qui comprimaient le canal cholédoque étaient la cause de la rétention : les qualités des matières fécales contenues dans les voies alimentaires, attestaient la présence de la bile.

XIV. Les conduits biliaires étant éminemment dilatables, on conçoit la présence de calculs d'un volume considérable, sans trouble appréciable dans la circulation de la bile, le liquide se frayant un passage entre les calculs et les parois. La figure représentée Pl. 5, fournira un exemple bien remarquable de l'amplitude extraordinaire que peuvent acquérir les conduits biliaires dans ce cas.

La vésicule biliaire VB contient et des calculs et de la bile; celle-ci présentait tous les caractères d'une bile tout récemment portée dans la vésicule : le conduit cystique CCY, très court, très dilaté, est rempli par un gros calcul; le conduit cholédoque CCH, énorme, égal en volume au duodénum, est rempli par un calcul, composé d'un très grand nombre de calculs à facettes, réunis par une sorte de mastic formé par la bile épaissie; le conduit hépatique CH, était rempli jusque dans ses plus petites divisions, de calculs biliaires C,C,C, ovoïdes, qui donnaient à cette succession de canaux un aspect bosselé. L'artère hépatique AH embrasse le canal cholédoque par quelques-unes de ses divisions. J'appellerai l'attention sur un petit cordon CL étendu verticalement du foie à la partie du duodénum qui avoisine le pylore P; ce cordon dilaté et bosselé dans sa partie supérieure se continuait manifestement avec les conduits hépatiques, il contenait deux petits calculs dans l'épaisseur de son tiers supérieur. J'ai dû penser que ce cordon n'était autre chose qu'un de ces canaux hépatiques surnuméraires qu'on dit avoir vu se rendre

tantôt dans l'estomac, tantôt dans le duodénum. Mais quelque soin que j'aie mis à découvrir un canal dans son épaisseur, je n'ai pu y parvenir; je n'en reste pas moins convaincu que ce cordon n'était autre chose qu'un canal hépatique oblitéré dans ses deux tiers inférieurs; car comment se rendre compte dans toute autre hypothèse, et de l'existence de deux concrétions biliaires dans le tiers supérieur du cordon, et de la continuité de ce cordon avec les conduits hépatiques. A la vue de concrétions aussi considérables, aussi multipliées, qui ne croirait que la circulation de la bile a dû être impossible pendant la vie? Point du tout : ces concrétions ne remplissant pas exactement les canaux biliaires, la bile pouvait aisément circuler entre elles et les parois de ces canaux; et une sonde d'un moyen calibre, n° 6, parcourait assez librement l'intervalle qui les séparait. L'orifice duodénal du canal cholédoque était d'ailleurs parfaitement libre; le foie était réduit à un petit volume. Bien que je n'aie aucun renseignement sur le sujet auquel avait appartenu ce foie, je puis affirmer qu'il n'a pas succombé par le seul fait de la présence de ces calculs dans les canaux biliaires; aussi n'était-il pas ictérique.

XV. A côté de ces cas où des calculs si remarquables par leur nombre et par leur volume n'ont pas obstrué les voies biliaires, il est curieux de noter d'autres cas où un petit calcul, engagé dans l'ampoule commune aux conduits cholédoque et pancréatique, a suffi pour déterminer une rétention complète de bile. Le fait représenté Pl. 5 me paraît d'ailleurs confirmer cette proposition précédemment émise, qu'à l'exception d'un petit nombre de circonstances, où, en raison de leur situation, ils s'opposent mécaniquement à la circulation de la bile, les calculs biliaires ne déterminent pas d'accidens par eux-mêmes, mais bien par l'inflammation dont ils sont la cause prédisposante et déterminante.

XVI. Devons-nous rapporter à la présence des calculs biliaires, ou bien à une simple coïncidence, l'altération du foie que j'ai observée dans le cas suivant.

Le cadavre d'un individu sur lequel je n'ai aucuns renseignemens m'a présenté les altérations suivantes : foie très volumineux, faisant au-dessous du rebord cartilagineux des côtes une saillie considérable; à sa surface et dans toute son épaisseur, quantité prodigieuse, un million peut-être de tubercules blanchâtres, d'inégal volume, que séparait un tissu parfaitement sain; chacun de ces tubercules était un petit foyer purulent enkysté dont les parois étaient très épaisses; d'une autre part, la vésicule biliaire était distendue par un grand nombre de calculs; le canal cholédoque, rempli par un calcul ovoïde, pouvait aisément admettre le doigt indicateur; le canal hépatique et ses principales divisions, sur-tout celles de droite, contenaient plusieurs calculs à facettes, et avaient une capacité triple ou quadruple de l'état naturel. Les parois de ces canaux avaient acquis une grande épaisseur, et cette épaisseur était due à la membrane moyenne qui présentait des faisceaux entrecroisés; il était impossible de décider si ces faisceaux étaient fibreux ou musculaires; la partie postérieure des poumons était hépatisée; tous les autres organes étaient sains.

L'aspect tuberculeux de cette multitude de foyers purulens, l'épaisseur des parois des kystes, m'ont fait soupçonner que ces petits abcès pourraient bien être développés dans les radicules biliaires : les paragraphes suivans prouveront que si cette manière de voir n'est pas inattaquable, elle n'est cependant pas dénuée de toute probabilité.

XVII. L'inflammation aiguë des voies biliaires est encore peu connue. Beaucoup d'ictères, fébriles accompagnées de douleurs vives à la région du foie, ne sont autre chose que le résultat de cette inflammation. Je n'ai pas eu occasion d'observer l'inflammation des voies biliaires chez l'homme. Le fait suivant d'anatomie pathologique comparée ne sera point récusé comme inapplicable à l'homme.

Un beau chien caniche devint ictérique; au bout de quatre à cinq jours, on lui administra deux grains de tartre stibié, il mourut le lendemain. Je fus curieux d'examiner les voies biliaires, et voici ce que j'observai : la vésicule du fiel, les conduits cystique, cholédoque, hépatique, les premières divisions de ce dernier, étaient d'une couleur noire, distendus et durs comme s'ils avaient été injectés. Je les ouvris : ils étaient pleins de sang noir coagulé. La membrane muqueuse était très fortement colorée en rouge foncé; le tissu du foie était sain; la muqueuse de l'intestin grêle était injectée; la rate était pâle; les poumons parsemés d'ecchymoses très multipliées. Tous les autres organes étaient sains. Tous les tissus blancs étaient fortement teints en jaune.

XVIII. L'inflammation chronique des voies biliaires est assez rare dans l'espèce humaine. Elle est extrêmement fréquente chez le mouton, chez le bœuf, où elle coïncide avec la présence de ces animalcules biliaires connus sous le nom de douves du foie. (*V.* ENTOZOAIRES, *Dictionn. de Méd. et de Chir. pratiques.*) Cette lésion, qui a été pour moi l'objet d'une

étude particulière parce qu'elle règne endémiquement et sur-tout épizootiquement dans mon département (la Haute-Vienne), est extrêmement remarquable. Dans un degré d'altération avancée, la face inférieure du foie présente çà et là de grosses ampoules blanches, ovoïdes, qu'on prendrait pour des kystes. L'altération est quelquefois bornée à quelques divisions du canal hépatique : souvent elle envahit toutes ces divisions, le tronc hépatique lui-même, les canaux cystique et cholédoque et la vésicule du fiel. Si on dissèque ces canaux, ils se présentent sous la forme de cordes volumineuses, très denses, d'un aspect fibreux, se renflant çà et là, se divisant, et se subdivisant comme les canaux biliaires, et se terminant en cul-de-sac après un trajet plus ou moins long. Si on fait des coupes au foie, on voit les orifices de ces gros canaux remarquables par leur diamètre, par l'épaisseur des parois, et on exprime un liquide à peine teint en jaune, souvent de simples mucosités incolores, quelques concrétions biliaires et un nombre plus ou moins considérable de douves, les unes très petites, les autres parvenues à leur développement complet. Du reste, les parois de ces canaux biliaires sont fibreuses, leur face interne est souvent tapissée de concrétions calcaires, qui forment même un cylindre complet. Il n'est pas rare de voir une portion plus ou moins considérable du canal biliaire, séparée par un rétrécissement ou par une oblitération complète du reste des voies biliaires et formant un véritable kyste rempli par de la mucosité; et quelquefois la véritable origine de ce kyste ne peut être établie que par sa continuité avec les canaux biliaires, ou par l'identité absolue de structure; enfin, j'ai trouvé de petits kystes remplis de calculs, et également isolés du reste des voies biliaires. Le tissu du foie, intermédiaire à ces grosses ampoules, est quelquefois converti en tissu fibreux. Lorsque l'altération s'étend jusqu'aux radicules biliaires, les granulations du foie s'enflamment, et il se forme de très petits foyers de pus jaunâtre, de matière lie de vin concrète, qu'on exprime à la manière de vers. Dans certains cas, toutes les divisions du canal hépatique ayant subi cette altération, les voies biliaires ne conservant plus une goutte de bile, on peut dire que les animaux ont vécu sans sécrétion biliaire. Au reste, à un degré avancé de l'altération, l'animal succombe dans le marasme le plus complet; je n'ai jamais observé d'ictère.

XIX. L'étendue de l'altération que je viens de décrire, m'a porté à donner une grande attention aux canaux biliaires dans les maladies du foie. Ayant eu occasion d'examiner un certain nombre de foies d'enfans nouveau-nés, parsemés de tubercules, et ces tubercules incisés m'ayant présenté une cavité remplie de bile concrète, je me suis demandé si ces prétendus tubercules n'étaient pas le résultat de l'inflammation des radicules biliaires, lesquels, oblitérés de distance en distance par l'inflammation adhésive, deviendraient des kystes biliaires.

Le foie représenté figure 2, Planche 3, appartenait à un enfant de cinq à six mois, qui mourut avec des tubercules dans les poumons. Il me fut donné comme un exemple de tubercules dans le foie, et, en effet, il était facile de s'y méprendre. Ce ne fut qu'après avoir incisé le foie en divers sens, que je découvris les cavités multiloculaires et uniloculaires, KB, KB, presque toujours remplies de concrétions biliaires dont étaient creusées la plupart de ces petites tumeurs. Plusieurs de ces tubercules solitaires T, ou agglomérés TA (fig. 2), étaient dépourvus de cavités, d'une densité fibreuse, et probablement le résultat de l'oblitération des kystes. J'ai constaté le même fait, c'est-à-dire l'existence de kystes biliaires, contenant de petites concrétions, sur deux foies d'enfans et sur plusieurs foies d'adultes : dans tous ces cas, les parois des petits kystes étaient extrêmement épaisses et très résistantes; plusieurs offraient des cavités anfractueuses dont les plus considérables auraient pu contenir un pois de senteur. Il était presque toujours impossible de saisir la continuité de ces kystes avec les canaux biliaires. Un foie d'enfant m'a présenté plusieurs centaines de semblables kystes.

XX. Ces kystes biliaires peuvent-ils acquérir un volume considérable? Le fait représenté Pl. 4, fig. 3, semblerait l'indiquer.

Ce foie était parsemé d'une foule de kystes de capacité variable, dont les uns soulèvent la surface et dont les autres occupent l'épaisseur de l'organe. Ces kystes, complétement isolés des canaux biliaires, contenaient un liquide fortement teint en jaune.

MALADIES DU FOIE.

Foie granuleux (*Cyrrhose.*)

(XII^e LIVRAISON, PLANCHE I.)

La planche I^re (XII^e LIVRAISON) représente cette altération du foie que les anciens, et Baillie en particulier, me paraissent avoir désignée sous le nom de *tubercules du foie*, que Laënnec a décrite sous le nom de *cyrrhose*, et qu'il considère comme une dégénération particulière, *un tissu accidentel spécial*, qui peut se rencontrer dans un grand nombre d'organes autres que le foie.

Avant de discuter les questions relatives à la nature de cette lésion, décrivons ses caractères anatomiques, si exactement reproduits dans la figure 2 de la Planche I.

Le foie (fig. 1) est réduit au tiers environ de son poids et de son volume ordinaires; le lobe droit LD et le lobe gauche LG sont à peu près de même dimension, et notablement déformés. Ce double caractère, savoir, la diminution de volume et la déformation du foie, est à peu près constant dans l'altération que je décris. Le tissu du foie est également beaucoup plus dense que dans l'état naturel.

La surface du foie n'est pas lisse, mais bien soulevée par une multitude de granulations, dans l'intervalle desquelles se voient des dépressions, des rides, des épaississemens : on dirait que cet organe est flétri et comme ratatiné; ses membranes d'enveloppe sont irrégulièrement épaissies, opaques dans beaucoup de points. On voit sur la face inférieure du lobe gauche, des lames cartilagineuses MC, MC, qui appartiennent au péritoine, ainsi que l'a démontré une dissection attentive.

La couleur du foie est jaune (d'où le nom de cyrrhose). Cette couleur, qui varie depuis le jaune-serin jusqu'au jaune-brun, tient aux sucs dont les granulations sont pénétrées; car si on écrase quelques-unes de ces granulations sur du papier blanc, ce papier sera teint en jaune. Au reste, la quantité de matière colorante, variable dans les diverses granulations, m'a paru en raison directe de leur volume. Les vaisseaux sanguins qui traversent le tissu du foie sont sains, mais le sang qu'ils contiennent est séreux; les canaux biliaires et la vésicule sont pleins d'une bile jaune plus ou moins consistante.

Après avoir dépouillé le foie de ses membranes, comme il a été fait dans plusieurs points des fig. 1 et 2, on voit que les granulations sont de volume variable; qu'à côté de grains du volume d'un gros pois, il en est une multitude qui sont miliaires, d'où les inégalités de la surface du foie. On voit, en outre, que chaque granulation, G,G, est indépendante des granulations voisines, que chacune est pourvue d'une membrane propre, et ne tient au reste du foie que par un pédicule vasculaire (*V.* fig. 2, G').

La coupe du foie (fig. 2) permet de faire les mêmes observations, c'est-à-dire de constater l'inégalité de volume des granulations, leur indépendance et leur coloration. Elle montre, en outre, qu'indépendamment des granulations, il existe dans le foie un tissu très dense, fibro-celluleux, lequel occupe une place qui lui est étrangère dans l'état naturel. Si on examine au microscope la coupe d'une granulation, on voit qu'elle présente absolument les mêmes caractères que la coupe d'un foie sain, c'est-à-dire un tissu spongieux analogue à la moelle du jonc.

Considérations générales sur la cyrrhose. I. L'état granuleux du foie peut être partiel ou général. Sous le point de vue clinique, son histoire est encore à faire. Il coïncide presque toujours avec une ascite; aussi a-t-on émis l'opinion que cet état du foie devait être considéré comme une des causes les plus fréquentes de cette dernière maladie.

II. Il est certain que lorsqu'on rencontre des foies granuleux sans ascite, le foie conserve généralement son volume naturel; une partie seulement du foie a subi la transformation, encore cette transformation est-elle incomplète. Je n'ai jamais vu de foies déformés, ratatinés, ayant perdu la moitié de leur volume, sans épanchement dans la cavité du péritoine.

III. Tel était le cas de l'individu dont le foie est représenté Pl. I; tel était encore le cas d'un autre individu qui offrait en même temps que la lésion du foie, un rétrécissement considérable du pylore par épaississement de la membrane fibreuse et de la membrane

musculaire. Il m'est arrivé de trouver, pour toute cause de mort, l'ascite et un foie granuleux; mais ce cas est fort rare, et presque toujours il existe, soit dans les poumons, soit dans le cœur, des lésions plus graves dont les symptômes masquaient ceux qui pouvaient partir du foie. Je me suis souvent fait cette question : Quel rapport y a-t-il entre le foie granuleux et l'ascite? Y a-t-il relation de cause à effet? Quelle est la cause? quel est l'effet? Il résulte d'un certain nombre de faits, que bien que l'ascite ait été le premier symptôme morbide qui ait appelé l'attention des praticiens, cependant un trouble antérieur notable dans les fonctions et principalement dans celles des organes digestifs, attestait une lésion plus ou moins profonde.

IV. L'ascite me paraît donc consécutive : elle peut tenir, 1° à l'extension de l'irritation chronique dont la portion du péritoine qui revêt le foie est le siége, irritation qui s'annonce par l'épaississement de cette membrane; 2° elle peut tenir à la diminution de volume qu'a subie le foie, et conséquemment à l'altération de ses fonctions, comme organe d'hématose.

V. Mais en quoi consiste l'altération granuleuse du foie? J'ai déjà dit que Laënnec regardait la cyrrhose comme un tissu accidentel particulier, qu'il supposait pouvoir se développer dans d'autres organes que le foie. M. Boulland, dans un Mémoire inséré parmi ceux de la Société médicale d'Émulation (tom. IX, pag. 170), considère cet état du foie « comme une » dissociation des deux élémens naturels de cet organe : les masses jaunes, fauves, » constituant le tissu accidentel, appelé cyrrhose, ne sont autre chose que les granulations » sécrétoires, se désorganisant graduellement par l'effet de l'oblitération du lacis » vasculaire, et de l'obstacle à la circulation hépatique qui en résulte. » Ainsi, d'après cette manière de voir, les granulations ne sont point un tissu de nouvelle formation, ce sont les grains glanduleux eux-mêmes, ou plutôt l'élément jaune de ces grains glanduleux, qui est développé et graduellement désorganisé; tandis que l'élément brun, ou le lacis vasculaire est atrophié. M. Andral admet également (*Précis d'Anat. patholog.*, p. 385) que, dans la cyrrhose, il y a atrophie de la substance rouge, et hypertrophie de la substance jaune. Il pense qu'en même temps que la substance jaune se développe de manière à donner naissance aux granulations, la substance rouge peut rester dans son état naturel, et qu'alors le foie est augmenté de volume; que, dans d'autres cas, cette substance rouge s'atrophie complétement et se transforme en tissu cellulaire ou cellulo-fibreux; d'où la diminution de volume et l'état de ratatinement du foie.

VI. Il est positif que les granulations hépatiques, dans la cyrrhose, ne sont point un tissu accidentel; il n'y a pas non plus désorganisation ; car les coupes des grains granuleux, examinés au microscope, présentent le même aspect spongieux, la même texture que les coupes d'un foie sain; seulement, le tissu du grain granuleux est pénétré d'une grande quantité de matière jaune, ce qui a suggéré l'idée ingénieuse de l'atrophie de l'une des substances, et de l'hypertrophie de l'autre. Mais, d'abord, il n'existe pas deux substances dans le foie, soit qu'on admette deux espèces de granulations, soit qu'on admette que chaque granulation est composée des deux substances à la fois. Ce qui a pu en imposer à cet égard, c'est que la partie centrale de chaque granulation répond au radicule biliaire, et conséquemment est souvent teinte en jaune, et que la partie excentrique répond à l'élément vasculaire, et conséquemment est plus rouge que la partie centrale. Dans la cyrrhose, on trouve à côté de granulations volumineuses, des granulations extrêmement petites (*V.* fig. 1 et 2), et une grande quantité de tissu fibreux, qui remplit les intervalles qu'elles laissent entre elles. N'est-il pas raisonnable de penser que la cyrrhose consiste essentiellement dans l'*atrophie* du plus grand nombre des granulations du foie, et que les granulations restantes s'*hypertrophient* comme pour suppléer celles qui sont atrophiées. Mais quelle est la cause de cette atrophie? De nouvelles recherches sont nécessaires pour répondre à cette question importante. Les voies biliaires sont libres et contiennent de la bile; les veines sont libres, mais rétrécies; et le sang qu'elles contiennent est séreux.

MALADIES DU FOIE.

Cancer par masses disséminées.

(XII[e] LIVRAISON, PLANCHES 2 ET 3.)

I. De toutes les maladies du foie, la plus fréquente et la plus grave est peut-être la dégénération cancéreuse, sous forme de masses disséminées. Il n'est pas moins positif que cette forme de maladie cancéreuse affecte une prédilection spéciale pour le foie; de telle sorte que sur vingt cas de cancers par masses disséminées, observés dans l'économie, il y en a dix-neuf qui appartiennent à ce viscère.

II. L'ignorance absolue où nous sommes des causes et du véritable caractère de cette redoutable affection, l'obscurité du diagnostic, le silence complet de la thérapeutique, font le désespoir des praticiens qui, en présence d'une lésion aussi grave et toujours nécessairement mortelle, sont réduits à un diagnostic incertain et à un traitement plus incertain encore.

III. 1° Etudier l'altération organique dans ses formes et dans sa texture; la suivre dans ses diverses périodes; établir quel est l'élément anatomique spécialement et principalement affecté; 2° Rechercher, par la pathologie expérimentale, s'il existe des causes morbides sous l'action desquelles cette altération puisse être provoquée chez les animaux; 3° Dans l'impuissance absolue de toutes les méthodes thérapeutiques connues, procéder à la recherche de méthodes thérapeutiques nouvelles : voilà la triple voie dans laquelle nous devons marcher pour arriver, par rapport aux cancers du foie, au double but de la médecine clinique : *diagnostiquer* et *guérir*.

IV. Or, toutes les expérimentations thérapeutiques faites jusqu'à ce jour dans le cancer du foie, comme d'ailleurs dans les affections cancéreuses en général, ont été sans résultat : les alcalis, les ferrugineux, qui m'avaient paru d'abord produire de bons effets, ont complétement échoué dans une foule de cas. Les sucs chicoracés, le savon officinal, les eaux de Vichy, le nitrate ou l'acétate de potasse, les pilules aloétiques et le calomel dont on abuse si souvent; voilà, à peu de chose près, à quoi se réduisent nos ressources thérapeutiques contre une aussi grave maladie. *Le traitement* du cancer au foie *est donc inconnu* dans toute la force de l'expression. D'une autre part, j'ai vainement essayé de produire des tumeurs cancéreuses dans le foie des animaux par l'injection de divers corps irritants dans leur système veineux, seul moyen que nous ayons d'agir sur cet organe. L'histoire des maladies cancéreuses du foie se réduit donc, dans l'état actuel de la science, à quelques faits d'anatomie pathologique.

V. Or, l'anatomie pathologique du cancer du foie est très avancée sous le point de vue des formes générales de l'altération; elle est encore à faire sous celui de la texture et de l'élément organique primitivement affecté. Les planches 2 et 3 (XII[e] livraison) donnent une idée parfaite de ces masses plus ou moins considérables, sphéroïdales, maronnées, déposées çà et là dans l'épaisseur du foie ou au voisinage de sa surface, au milieu d'un tissu parfaitement sain. On dirait, pour me servir de l'expression usitée dans les amphithéâtres, que le foie en a été farci; car, le plus souvent, il existe une ligne de démarcation parfaitement tranchée entre le tissu du foie et le tissu de ces

tumeurs; la transition est brusque et non successive. C'est ce qu'on voit très bien dans les coupes du foie, figures 2, Pl. 2 et 3. Il n'est pas rare de voir ces tumeurs présenter des embranchements, sur-tout le long des divisions veineuses. Dans quelques cas, on arrive par degrés insensibles du tissu normal du foie au tissu morbide. Ces tumeurs présentent d'ailleurs un grand nombre de différences sous le rapport du nombre, de la situation, du volume, de la consistance, de la couleur et de la texture.

VI. Rarement trouve-t-on une seule tumeur dans le foie; dans le petit nombre de cas de tumeur unique que j'ai rencontrées, il existait en même temps un certain nombre de petites tumeurs miliaires qui échappent au premier coup d'œil par leur ténuité; le plus souvent, on en observe un certain nombre, huit, dix, vingt, quarante, plusieurs centaines, plusieurs milliers.

VII. De même que les abcès multiples du foie, suite de phlébite, le cancer par masses disséminées affecte une sorte de prédilection pour la surface de l'organe. Sur un foie qui contenait vingt tumeurs de ce genre, j'en ai trouvé seize superficielles. Les tumeurs superficielles sont en général proéminentes, tellement qu'on peut les sentir à travers les parois abdominales : je les ai constamment reconnues par le toucher, immédiatement après la ponction pratiquée pour l'ascite, si commune dans les périodes avancées de cette maladie. Ce signe est pathognomonique. Du reste, lorsque la tumeur superficielle est volumineuse, elle perd en partie sa forme sphéroïdale et se creuse en godet au centre : cette dernière disposition me paraît s'expliquer par la densité qu'acquiert le tissu cellulaire sous-péritonéal dans le point correspondant (*V.* Pl. 2). Il n'est pas rare de voir le péritoine épaissi, fibreux, cartilagineux, les vaisseaux sous-péritonéaux se développer, des adhérences s'établir entre le foie et les parties voisines : on conçoit que ce travail d'irritation puisse s'élever jusqu'à l'inflammation aiguë ou chronique du péritoine. Dans un grand nombre de cas, l'ascite symptomatique du cancer au foie me paraît moins l'effet d'une compression des veines porte ou hépatique, que le résultat d'une fluxion séreuse, provoquée par l'irritation du péritoine. Je signalerai comme le siége habituel des masses cancéreuses les plus volumineuses, cette partie du foie qui répond au ligament suspenseur, et par conséquent, au sillon antéro-postérieur. C'est peut-être pour cette raison qu'on rencontre si fréquemment des adhérences de l'estomac au foie, des foyers cancéreux du foie ouverts dans l'estomac, etc.; le lobe de Spigel n'est pas exempt de cette altération : j'ai vu ce lobe tantôt farci de petites tumeurs cancéreuses, tantôt transformé en une tumeur cancéreuse unique, qu'on aurait pu prendre pour une tumeur encéphaloïde ordinaire proéminente.

VIII. Sous le rapport du volume, le cancer par masses disséminées du foie présente beaucoup de variétés, depuis la forme miliaire jusqu'à ces tumeurs qui égalent un œuf de dinde, le poing, les deux poings réunis, la tête d'un fœtus à terme. En général, le nombre de ces tumeurs est en raison inverse de leur volume. Les différences de volume rapprochées des différences de couleur, de consistance, lesquelles dénotent assez généralement des périodes diverses de développement, ne semblent-elles pas établir que toutes les tumeurs que l'on rencontre dans un foie malade, ne sont pas contemporaines; mais que les unes sont à l'état embryonnaire, d'autres à la période d'accroissement, d'autres à l'état de développement complet, d'autres, enfin, à leur décrépitude; et parmi ces dernières on en trouve parfois qui ont subi diverses dégénérations ou transformations, dont le dernier terme est la gangrène. Il est des foies tellement favorables à ce genre d'observation, qu'on assiste, pour ainsi dire, à la production de ces tumeurs, et qu'on peut étudier la succession de leurs diverses périodes. Nous avons vu (XI[e] liv., PHLÉBITE) qu'il en était souvent de même pour les abcès du foie et du poumon, suite de phlébite.

IX. Les états divers sous lesquels se présentent les cancers du foie par masses disséminées, me paraissent devoir se rapporter à deux variétés principales qui ne s'excluent pas l'une et l'autre, et que beaucoup d'observateurs regardent comme deux degrés de la

même altération; savoir la *variété dure* ou *le squirrhe*, et la *variété molle* ou *l'encéphaloïde*. L'une et l'autre variété peuvent offrir plusieurs nuances ou sous-variétés, et passer par une série plus ou moins nombreuse de transformations. Les expressions de *période de crudité* et de *période de ramollissement*, par lesquels on désigne habituellement ces deux variétés, sont donc impropres, car ces variétés ne constituent point les degrés d'une même altération, et la variété molle, comme la variété dure, est presque toujours molle ou dure dès le premier moment de son apparition. La Pl. 2, XII[e] livraison, présente le type de la première variété : la Pl. 3, même livraison, présente le type de la seconde. Ces deux variétés se trouvent ici parfaitement distinctes; mais il n'est pas rare de les rencontrer réunies dans le même foie : je ne me rappelle pas de les avoir vues réunies dans la même tumeur.

X. La *variété dure* se présente sous l'aspect d'une trame aréolaire et qui crie sous le scapel; dont les mailles sont extrêmement denses, fibreuses, quelquefois même cartilagineuses : on dirait d'un tissu fibreux ou même cartilagineux. Quelquefois au centre de ces tumeurs se voient de petites cavités ou géodes remplies de sérosité, lesquelles sont traversées par des colonnes fibreuses plus ou moins irrégulières (fig. 2, Pl. 2). Si on soumet ces tumeurs à une forte pression (et je me sers pour cela d'un étau), on est tout surpris de la grande quantité de suc lactescent, *suc cancéreux*, qui suinte de toutes parts; et, après cette expression, il reste une trame aréolaire fibreuse. Pour mieux étudier cette trame que déchire et que morcelle la préparation précédente, j'ai coutume de couper une tranche très mince de la tumeur et de la soumettre à la macération, soit dans l'eau simple, soit dans l'eau légèrement chlorurée : le suc cancéreux est dissous, et la trame aréolaire fibreuse apparaît alors tout-à-fait analogue à celle d'un tissu érectile. Souvent des vaisseaux sanguins, très développés, parcourent çà et là le centre de la tumeur; d'autres fois, il semble qu'il n'y a point de vaisseaux; mais avec un peu d'attention, on pourra les reconnaître malgré leur ténuité.

XI. La *variété molle* (Pl. 3) est remarquable par sa mollesse, sa couleur blanc-grisâtre, qui l'ont fait comparer au cerveau d'un jeune enfant. C'est le cancer encéphaloïde de Bayle et Laennec. Dans une première sous-variété, la tumeur n'est parcourue que par un petit nombre de vaisseaux; elle est uniformément blanche. Une seconde sous-variété est éminemment vasculaire; ce n'est, pour ainsi dire, que vaisseaux d'apparence veineuse, aplatis, non flexueux, dilatés en ampoule, à parois extrêmement ténues, qui se déchirent avec la plus grande facilité, et deviennent la source soit de petits épanchements de sang qui donnent à la tumeur un aspect truité, soit de grands foyers sanguins qui simulent des foyers apoplectiques (Pl. 3). Cette grande vascularité coïncide avec une diffluence telle, que la tumeur ressemble à une bouillie rougeâtre. L'action continue d'un jet d'eau dirigée sur une coupe de cette tumeur, la dépouille par dégrés de la pulpe qui la pénètre, et il ne reste plus qu'une trame celluleuse et vasculaire.

XII. Du reste, la variété dure et la variété molle diffèrent entre elles, 1° par la trame, qui est celluleuse et lâche dans celle-ci, dense et fibreuse dans celle-là; 2° par la vascularité; 3° par la quantité plus ou moins grande de sucs cancéreux qui les pénètrent; 4° par leur marche et leur développement lent, en général, dans les tumeurs dures, rapide dans les tumeurs molles. Nonobstant ces différences, il serait probable que la variété dure se transforme, dans quelques cas, en variété molle; toujours est-il qu'on rencontre souvent ces deux variétés l'une à côté de l'autre; que toutes deux peuvent être le siége d'un travail désorganisateur qui a pour résultat la formation du pus, la formation d'une matière tuberculeuse ou gélatiniforme, la conversion en bouillie, la gangrène. Souvent le sang qui s'épanche au sein de ces tumeurs, subissant diverses transformations, peut en modifier l'aspect au point de les rendre méconnaissables, et de masquer complétement leur véritable caractère.

XIII. Doit-on considérer comme une troisième variété de tissu cancéreux, ou bien comme une lésion composée, l'altération suivante que j'ai rencontrée dans un foie qui présentait toutes les variétés et tous les degrés du cancer par masses disséminées. Plusieurs masses cancéreuses offraient, dans une partie de leur étendue, une trame érectile tout-à-fait analogue au tissu du corps caverneux : cette trame était remplie par un liquide couleur lie de vin.

XIV. Les différences qui résultent des états divers sous lesquels le tissu du foie peut se présenter dans la lésion qui nous occupe, méritent de fixer toute notre attention. Le plus ordinairement, les tumeurs cancéreuses semblent déposées au milieu d'un tissu parfaitement intact. On dirait que la substance propre du foie n'a pris aucune part à leur formation (Pl. 2 et 3), et l'augmentation de volume qu'a subie l'organe paraît représentée par le volume des tumeurs. Souvent, au contraire, le foie hypertrophié a acquis un volume énorme, un poids de quinze à vingt livres, qui se compose, et de la somme des tumeurs, et de l'augmentation intrinsèque du foie lui-même, lequel, indépendamment des tumeurs, a doublé, triplé de volume. Dans d'autres cas, le foie est atrophié, soit partiellement, soit généralement : l'atrophie partielle peut porter sur un lobe, sur une petite portion du foie ; on rencontre souvent la portion de foie intermédiaire à plusieurs tumeurs, atrophiée, décolorée, et même convertie en tissu fibreux. L'atrophie générale peut être portée au point que le foie, avec de nombreuses tumeurs, ne dépasse pas le volume naturel, et même soit au-dessous de ce volume. Dans certains cas, la substance du foie était réduite au sixième et peut-être même au huitième de son volume naturel.

Le tissu du foie peut présenter sa coloration naturelle (Pl. 2); il peut être décoloré, jaunâtre (Pl. 3), tout-à-fait jaune, d'un vert olive, infiltré, altéré dans son tissu, dont la disposition granuleuse a en grande partie disparu et ressemble assez exactement à une éponge pénétrée de sérosité trouble.

XV. Les tumeurs carcinomateuses du foie sont quelquefois placées de manière à comprimer les vaisseaux de cet organe. On peut rapporter certaines atrophies partielles à la compression des rameaux artériels et veineux secondaires, de même que certaines atrophies générales à la compression des gros troncs vasculaires. L'*ictère*, si fréquent dans ce genre de maladie, est la conséquence de la compression des gros canaux excréteurs de la bile. Je n'ai jamais observé de cancers du foie avec ictère, sans en trouver la cause dans cette compression. L'hydropisie ascite et l'anasarque, non moins communes que l'ictère, sur-tout dans les périodes avancées, sont-elles la suite constante et exclusive de la compression des grosses veines du foie? Sans nier l'influence de la compression et de l'oblitération des veines hépatiques, porte et cave sur la production de l'ascite et de l'anasarque, je dois dire que, dans beaucoup de cas, ces phénomènes consécutifs m'ont paru reconnaître pour cause l'irritation du péritoine, suite nécessaire de l'accroissement des tumeurs superficielles.

XVI. L'irritation que détermine ces tumeurs superficielles sur le péritoine s'élève quelquefois jusqu'à l'inflammation. Rarement générale, la péritonite consécutive est plus souvent partielle, et dans ce dernier cas, tantôt elle envahit la totalité du péritoine, qui revêt le foie, tantôt elle est bornée à la partie du péritoine qui recouvre les tumeurs. Il en résulte des adhérences accidentelles, soit partielles, soit générales, qui deviennent un moyen de transmission de la dégénération cancéreuse, non moins facile que les adhérences naturelles ou la continuité du tissu. Ainsi, tantôt c'est par le petit épiploon et par le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux biliaires, que la maladie se propage jusqu'à l'estomac et au duodénum; tantôt c'est par des adhérences accidentelles. L'inflammation du péritoine, qui revêt le diaphragme, peut se communiquer de proche en proche jusqu'à la plèvre correspondante; et alors on conçoit que le malade puisse succomber à une pleurésie aigüe ou chronique. J'ai observé un exemple fort remarquable de cette dernière terminaison.

XVII. Les tumeurs cancéreuses du foie peuvent exister indépendamment de toute autre lésion organique, ou bien concurremment avec plusieurs affections de la même nature, occupant divers organes. Rien de plus commun que le cancer du foie coexistant avec un cancer de l'estomac. Chez un individu mort à la Maison royale de Santé, j'ai rencontré un cancer par masses disséminées tout à la fois dans le foie et dans les poumons; un cancer de l'extrémité gauche du pancréas et un cancer de la partie supérieure du rein gauche; dans un autre cas, le cancer du foie coïncidait avec le cancer de l'ovaire gauche. Souvent la vésicule du fiel est cancéreuse en même temps que le foie; et ce cancer de la vésicule est tantôt bien distinct des tumeurs cancéreuses voisines; tantôt il est le résultat de l'extension d'une tumeur cancéreuse qui a envahi la vésicule par continuité de tissu. J'ai montré à une de mes dernières leçons, un cancer cutané siégeant au dos de la main droite; une tumeur encéphaloïde très volumineuse occupait le creux de l'aisselle du même côté; en même temps se voyaient dans le foie plusieurs tumeurs de même nature, dont une du volume d'un œuf de poule. Supposons que la tumeur axillaire n'eût pas existé et qu'on eût emporté la peau cancéreuse; si le malade avait succombé au bout d'un temps plus ou moins long, on n'eût pas manqué de regarder la maladie du foie comme consécutive à l'opération. Il est presque toujours impossible de déterminer si les cancers latens internes sont contemporains d'un cancer externe, ou bien s'ils sont consécutifs. La même réflexion s'applique au cas suivant qui vient d'être présenté à la Société anatomique : une femme affectée de cancer aux deux mamelles, mourut suffoquée. A l'ouverture : hydrothorax; cancer de deux ovaires; foie parsemé d'un très grand nombre de masses cancéreuses d'une dureté cartilagineuse; quelques petites masses de même nature dans les poumons.

XVIII. La question du *siége*, c'est-à-dire de l'élément anatomique affecté dans le cancer du foie, est extrêmement importante : en considérant, d'une part, la facilité avec laquelle s'opère l'énucléation des tumeurs cancéreuses, d'une autre part, l'intégrité du tissu du foie autour de ces tumeurs, on serait porté à croire qu'elles sont formées par une substance hétérogène déposée dans le tissu cellulaire intermédiaire aux granulations hépatiques. Mais 1° l'anatomie de texture m'ayant démontré que chaque granulation du foie est indépendante des granulations voisines, dont elle est séparée par une enveloppe fibreuse, en sorte qu'elle a en soi tous ses moyens de nutrition et de vie, j'ai dû conclure que l'isolement ou la circonscription de la lésion, n'excluait pas son siége dans le tissu du foie lui-même; 2° à l'état naissant, la tumeur cancéreuse du foie représente exactement, par sa forme, les granulations hépatiques; 3° dans un grand nombre de cas, une masse plus ou moins considérable du foie ayant été envahie, j'ai pu suivre tous les degrés de la dégénération depuis le premier moment de son apparition jusqu'à son développement complet; 4° bien que la tumeur cancéreuse paraisse, au premier abord, complétement isolée et sans aucune communication avec les parties voisines, cependant j'ai pu m'assurer que cette communication existait dans une surface étendue, à l'aide des vaisseaux sanguins; 5° j'ai vu des vaisseaux biliaires et des granulations du foie au sein de quelques-unes de ces tumeurs.

XIX. Au lieu donc de distinguer les maladies cancéreuses du foie, en celles qui sont formées aux dépens du tissu cellulaire, et en celles qui sont formées aux dépens du tissu propre du foie, je crois qu'il faut les distinguer en celles qui attaquent çà et là une ou plusieurs granulations au milieu d'un tissu sain, et en celles qui envahissent à la fois une masse plus ou moins considérable de granulations contiguës. Il me paraît donc démontré que le siége du cancer du foie est dans le grain glanduleux lui-même. Mais ce grain glanduleux étant extrêmement complexe dans sa texture, il s'agit de déterminer quel est l'élément anatomique primitivement affecté. Or, cet élément anatomique me paraît être le système capillaire veineux; et voici les arguments que j'ai à faire valoir à l'appui de cette opinion.

XX. Si l'on compare les tumeurs cancéreuses disséminées du foie, avec les abcès également disséminés du même organe, à la suite des plaies ou des grandes opérations, on

sera frappé de l'analogie que présentent ces deux ordres d'altérations : les abcès multiples, comme les tumeurs cancéreuses, envahissent un grand nombre de points à la fois, en laissant intactes les parties intermédiaires ; les uns et les autres affectent une sorte de prédilection pour la surface du foie. Nous avons vu que les abcès traumatiques du foie, comme d'ailleurs les abcès traumatiques de tous les organes, reconnaissent pour cause une phlébite capillaire de ces organes, consécutive à une autre phlébite éloignée ; que, le plus souvent, les grosses veines qui aboutissent à ces abcès, sont saines, mais que dans quelques cas, elles sont elles-mêmes enflammées dans une plus ou moins grande étendue. Eh bien, il n'est pas rare de rencontrer, dans le cas de tumeurs cancéreuses du foie, une ou plusieurs veines hépatiques remplies de masses cancéreuses adhérentes. Or, si la matière cancéreuse peut se produire dans l'intérieur d'une grosse veine, n'est-il pas probable qu'elle peut également se produire dans l'intérieur des petites ? L'analogie entre les abcès du foie coïncidant avec la présence du pus dans les grosses veines hépatiques, d'une part, et les cancers du foie coïncidant avec la présence de la matière cancéreuse dans les mêmes veines hépatiques d'une autre part, est si évidente, que les observateurs qui ont fait servir le premier ordre de faits à la démonstration de la résorption du pus, ont fait également servir le second ordre de faits à la démonstration de la résorption de la matière cancéreuse. Je crois d'ailleurs devoir faire, pour le cancer des grosses veines hépatiques, comme pour le cancer de toutes les grosses veines, une distinction importante : dans une première variété, on trouve une ou plusieurs tumeurs circonscrites, adhérentes aux parois veineuses par un pédicule plus ou moins étroit et quelquefois multiple. J'ai vu des tumeurs de ce genre, qui avaient dilaté la veine en ampoule ovoïde extrêmement considérable, si bien qu'au premier abord, on eût dit que c'était un cancer enkysté ; dans une seconde variété, la masse cancéreuse remplit les divisions de la veine, dans une plus ou moins grande étendue, absolument comme le ferait une matière injectée, avec cette différence que cette masse cancéreuse est adhérente aux parois et évidemment organisée, car elle est traversée par des veines assez considérables.

XXI. Si on examine avec attention la coupe d'une grosse tumeur cancéreuse du foie, et qu'on exprime les sucs qui la pénètrent, à l'aide d'une douce pression latérale, on voit sortir d'une multitude de points, de petits grumeaux qui s'alongent à la manière de vermisseaux ; si on introduit des soies de cochon dans les petites ouvertures par lesquels s'échappe le suc demi-concret, on arrive dans de petits vaisseaux, qu'il est presque toujours impossible de poursuivre au-delà de quelques lignes, parce qu'ils paraissent s'anastomoser entre eux. Dans ces cas, il est vrai, on ne peut affirmer rien autre chose que la vascularité ; on ignore complétement si ce sont des veines, des artères, des vaisseaux lymphatiques, ou bien des vaisseaux nouveaux ; mais, deux fois, j'ai acquis la preuve matérielle que l'altération avait son siége dans les veines. Il y a quatre ans environ, ayant exprimé d'une coupe faite à un foie cancéreux, une matière d'un blanc-rougeâtre, encéphaloïde, qui se moulait à la manière du vermicelle, et qui pouvait acquérir, en se tordant, une grande longueur, j'aperçus sur cette coupe un orifice plus considérable que les autres ; j'incisai cet orifice et je parvins dans un vaisseau très volumineux, qui me parut être une des ramifications de la veine porte. Alors je disséquai avec beaucoup d'attention cette veine, et je ne fus pas peu étonné de voir que cette veine, depuis les plus grandes jusqu'aux plus petites divisions, était remplie par cette matière encéphaloïde, adhérente aux parois et tout-à-fait semblable à celle qu'on exprimait par les coupes faites au foie. Il me fut facile de suivre les ramifications extrêmement dilatées de la veine jusque dans les aréoles des coupes. L'altération était bornée à la veine porte, les veines hépatiques et leurs ramifications étaient parfaitement saines. Le fait précédent, dont je viens de confirmer l'exactitude sur une autre pièce pathologique tout-à-fait semblable, me paraît au-dessus de toute objection. On a opposé à cette doctrine de la dégénération cancéreuse dans les veines le résultat d'une injection faite par M. Bérard, aujourd'hui professeur à la Faculté, dans un cas de cancer à la région

cervicale antérieure : l'injection, poussée par les artères, colora la tumeur cancéreuse; l'injection, poussée dans les veines, ne la pénétra nullement; il n'y avait pas la plus petite veinule. Je ne nie pas l'existence de vaisseaux particuliers dans les tumeurs cancéreuses formées par la dégénération cancéreuse des organes : toutes les fois qu'une irritation chronique a lieu dans un organe, les artères prennent un arrangement proportionnel. J'ai vu, dans plusieurs cas de cancers à la mamelle, de cancers axillaires, des ramuscules sans nom acquérir le calibre de la radiale: mais de ce grand développement des artères s'ensuit-il que les veines ne soient pas l'élément anatomique affecté dans le cancer? L'objection tirée de l'injection me paraît un argument en faveur de l'opinion que je soutiens; car, comment l'injection pourrait-elle pénétrer dans des veines malades et pleines de matière cancéreuse; les artères étant dans leur état d'intégrité, ont dû être perméables à l'injection.

XXII. La symptomatologie du cancer au foie se compose d'un ensemble de phénomènes plus ou moins vagues, qui attestent un trouble dans les fonctions digestives, et plus particulièrement dans les fonctions de l'estomac. Les symptômes sont les suivans : anorexie; développement incommode de gaz; malaise épigastrique, sentiment d'embarras, de plénitude, tel que les malades demandent sans cesse des purgatifs ou des vomitifs; constipation opiniâtre qui fait leur tourment; souvent alternative de constipation et de diarrhée; amaigrissement; décoloration de la face; quelquefois ictère; oppression; palpitations qui en ont quelquefois imposé pour une affection du cœur; infiltration des extrémités inférieures; ascite, enfin, des vomissemens plus ou moins répétés, et quelquefois des douleurs vives, soit à la région du foie, soit à l'épigastre, complètent la série des symptômes. Il n'est pas besoin de dire qu'aucun de ces phénomènes n'est caractéristique; le seul qui soit, à peu de chose près, pathognomonique, c'est l'augmentation de volume du foie, lequel déborde la base du thorax et présente des bosselures; car la fréquence du cancer au foie par masses disséminées est telle qu'il suffit, en général, d'un foie qui déborde les côtes, pour faire soupçonner cette maladie. Combien de fois l'absence de ce signe caractéristique ou le défaut d'exploration suffisante, n'a-t-il pas donné le change aux médecins les plus éclairés d'ailleurs! J'ai été consulté, en 1820, pour un négociant qui éprouvait depuis un an un sentiment de gêne dans la région du foie, sentiment qu'il attribuait à des glaires, et qui paraissait d'ailleurs jouir de la meilleure santé. Quatre mois avant sa mort, il fut pris, dit-on, d'une affection catarrhale, et, pendant deux mois, on le traita uniquement pour cette maladie. L'état de tristesse et de morosité fut attribué à une imagination frappée; au bout de deux mois seulement, on explore la région du foie, et on sent, sous le rebord des fausses-côtes, une dureté qui dénote manifestement une lésion de cet organe. En effet, le malade dépérit à vue d'œil; la peau devient jaune; les extrémités inférieures s'infiltrent; des vomissemens surviennent et précèdent la mort de quelques jours. A l'ouverture, nous trouvons une tumeur cancéreuse énorme qui occupait toute l'épaisseur du foie; le tiers droit du grand lobe était seul respecté. Sept à huit petites tumeurs cancéreuses étaient disséminées dans l'épaisseur de ce qui restait du lobe droit. Dans un autre cas, des praticiens distingués crurent à l'existence d'une maladie du cœur et ne furent retirés de leur erreur que lorsque le foie eût débordé les fausses-côtes. Deux circonstances expliquent l'oppression et les palpitations dans les maladies du foie : 1° le soulèvement du diaphragme et du cœur par cet organe volumineux; 2° les rapports de circulation qui existent entre le foie et le cœur. Quant à l'ictère, il ne s'observe que dans un petit nombre de cas, dans ceux où les gros troncs biliaires sont comprimés.

XXIII. Il est d'ailleurs beaucoup de malades qui n'éprouvent d'autres symptômes qu'un malaise, un sentiment habituel et profond de tristesse, un défaut d'appétit; on les croit hypocondriaques; on les traite de malades imaginaires; on leur conseille des voyages, de l'exercice, des distractions; et quelquefois l'infiltration des extrémités inférieures, l'ascite

sont les premiers symptômes qui viennent retirer d'une sécurité trompeuse, en donnant l'éveil sur la gravité de la maladie.

XXIV. L'obscurité du diagnostic, déjà si grande par elle-même, est encore augmentée par les complications ou combinaisons de lésions qui ont si souvent lieu dans ce genre de maladies La mort n'est pas toujours le résultat soit de l'altération cancéreuse du foie, soit d'autres affections cancéreuses concomitantes ou consécutives; un de mes malades a succombé à une gangrène du poumon, un autre à une pleurésie hémorrhagique, suite d'une extension de la maladie du foie au diaphragme.

XXV. La thérapeutique est nulle dans le cancer du foie, on ne saurait trop le répéter : heureux le médecin qui, dans le cours du traitement d'une aussi longue maladie, n'aura point à se reprocher, ou quelques tentatives hasardées, ou quelques concessions funestes faites aux exigences du malade et de son entourage. Tant que nous n'aurons pas trouvé le spécifique du cancer, le rôle du médecin se bornera à la contemplation stérile des diverses périodes de la maladie et des lésions qu'elle laisse après la mort, à une médecine symptomatique, et à un traitement purement hygiénique.

Deux observations, très dissemblables pour les symptômes et pour la marche, viendront à l'appui des considérations qui précèdent.

Coliques hépatiques ; tristesse ; anorexie ; marasme ; mort. Cancer au foie par masses disséminées ; variété dure.

Feroux (J. B.), trente-neuf ans, brossier, entré le 18 septembre 1829, à la Maison royale de Santé. Malade depuis dix mois, il avait éprouvé, à plusieurs reprises, des douleurs abdominales qu'on avait traitées avec succès par quelques applications de sangsues et des cataplasmes émolliens. Ce malade était très amaigri, et présentait le *faciès abdominal :* l'épigastre soulevé par une tumeur dure qui se prolongeait dans l'hypochondre droit, était douloureux par la pression et indépendamment de la pression ; vomissemens rares ; constipation ; langue blanche ; dégoût pour toute espèce d'alimens ; mouvement fébrile ; tristesse profonde, et même désespoir. Je diagnostiquai un cancer par masses disséminées dans le foie, et je me bornai à la médecine du symptôme. (Bains de siége, fomentations et cataplasmes émolliens ; frictions avec l'axonge camphrée, laudanisée, alternée avec l'onguent mercuriel ; eaux de Seltz pour boisson.) Point de soulagement ; deux ou trois applications de sangsues furent tout aussi inutilement employées. Les douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre droit ne cédèrent pas un instant ; l'ingestion des moindres alimens et même de la plus petite quantité de bouillon, les exaspéraient. Le malade s'éteignit au milieu de ces douleurs et dans le marasme, le 25 août, trente-sept jours après son entrée, onze à douze mois après l'invasion.

C'est le foie de cet individu qui est représenté Pl 2, XII^e LIVRAISON. La figure 1 représente la face convexe. La figure 2 représente une coupe. C'est la variété dure ou squirrheuse dans toute sa simplicité : aucune des tumeurs n'a subi la moindre altération. Le malade a succombé à la douleur et à l'inanition.

Le foie figuré Pl. 3, appartient à un sujet sur lequel je n'ai pu avoir aucun renseignement. La figure 1 représente la face convexe de ce foie, dont le lobe droit était très volumineux, et le lobe gauche très peu considérable. C'est la variété molle ou encéphaloïde dans toute sa pureté. Sur la coupe (figure 2), on voit l'image fidèle de la texture éminemment vasculaire de cette forme de cancer. Toutes ces tumeurs étaient comme maculées de sang ; plusieurs offraient l'aspect de petits foyers apoplectiques ; les veines du foie étaient parfaitement saines.

L'observation suivante, aussi complète que possible sous le rapport clinique, suppléera aux renseignemens qui me manquent sur le sujet dont le foie est représenté Pl. 3.

Symptômes vagues d'affection épigastrique : apparences d'une maladie du cœur : plus tard vomissemens : le foie ne déborde les côtes que quarante jours avant la mort. Cancer par masses disséminées du foie (variété molle). Ulcère cancéreux de l'estomac.

Tixier, bottier, 38 ans, très fortement constitué, indisposé depuis cinq semaines, vint me consulter le 15 octobre 1820. Il présentait l'état suivant :

La peau de la face et de toute la surface du corps, les lèvres, les gencives et la langue sont décolorées comme dans la chlorose; sentiment de faiblesse dans les membres; peu d'appétit, mais point de dégoût, la langue est sans enduit; les alimens pèsent peu sur l'estomac; flatuosités incommodes; plusieurs selles dans vingt-quatre heures; sommeil assez bon; tous les matins, toux sèche, qui finit par amener un crachat visqueux; fréquence dans le pouls; oppression; palpitations au creux de l'estomac, qui augmentent après le moindre exercice, et qui cessent après un instant de repos. La cause de cet état morbide est inconnue : l'exploration de l'abdomen ne me fait découvrir aucune lésion : la pression la plus forte ne développe aucune sensibilité. Je pense que cette indisposition cédera à quelques amers et à la diète, et j'engage le malade à me venir voir tous les huit jours. (Infusion de chic. sauv. et de petite centaurée; quelques prises de rhubarbe en poudre). Je me refuse à l'emploi d'un vomitif que le malade sollicitait avec instance.

Cet état résiste. Le 15 novembre, aux amers je substitue la diète végétale qui se compose de légumes herbacés et de fruits : le malade prend du raisin pour toute nourriture.

Le 1er décembre, ne voyant aucun résultat, je prescris la diète lactée. Le malade reste un mois sans me consulter. Je le croyais mieux. Il revient le 15 janvier 1821. Même état; décoloration chlorotique de la face; point d'amaigrissement notable; pesanteur à l'estomac; envies de vomir; éructations; aigreurs; petite fièvre; petite toux : le matin, au lever, faiblesse excessive qui diminue au milieu du jour. Le malade continue à se livrer aux travaux de son état; il se trouve bien du lait; je l'engage à continuer.

La persistance de cet état morbide commence à m'inquiéter.

Jusqu'au 10 avril, j'épuisai la série des moyens employés contre les affections chroniques et légères du foie ou de l'estomac : les eaux de Vichy, les eaux de Seltz, les sucs amers, dits fondans, les pilules savoneuses, le carbonate de fer en substance, les toniques émollients, les bains de fauteuil, la diète lactée, la diète végétale herbacée, féculente. A plusieurs reprises, je fis faire au malade l'histoire de sa vie : il avait été sujet aux épistaxis dès l'âge de vingt-quatre ans; à l'âge de vingt-sept ans, il contracta une gale qui fut suivie d'ophthalmie et de catarrhe pulmonaire; point d'excès en vin, peu d'excès dans les plaisirs vénériens; une gonorrhée; beaucoup de vigueur, tellement qu'il l'emportait sur la plupart des hommes qui luttaient avec lui. L'abdomen était souple, indolent; les régions du foie et de l'estomac explorées avec le plus grand soin, ne présentaient ni lésion, ni sensibilité. Ne pouvant me rendre un compte exact de son état, persuadé que nous avions affaire à une maladie de foie ou de l'estomac, et que les palpitations et l'oppression n'étaient que symptomatiques, je désirai l'avis d'un confrère éclairé, je l'engageai à faire le voyage de Paris (j'habitais alors Limoges). Voici quel était son état au moment du départ : point de douleur; mouvement fébrile continuel avec légère exacerbation les nuits; moiteur le matin; sommeil interrompu, non réparateur; il est plus las au lever qu'au coucher; le malade entend battre toutes les artères de la tête, et croit que c'est ce battement qui s'oppose à son sommeil; oppression, essoufflement au moindre exercice; palpitations à la région du cœur et au creux de l'estomac. Les alimens pèsent sur l'estomac, sur-tout huit ou dix heures après leur ingestion; sentiment de faiblesse générale; les boissons chaudes déplaisent et fatiguent, les boissons froides sont agréables et rafraîchissent; le malade n'est jamais mieux que lorsqu'il est sans couvertures; tous les tissus sont décolorés; point d'amaigrissement notable.

Voici quel fut l'avis du médecin distingué qu'il consulta : « Le toucher ne fait reconnaître aucune tumeur » distincte dans l'abdomen. Le stéthoscope fait reconnaître une impulsion forte et étendue dans toute la » partie gauche du thorax et en même temps un bruit de sifflement isochrône aux battemens du cœur et du » pouls. Les poumons sont perméables partout; on ne peut méconnaître les signes d'une hypertrophie du » cœur avec un commencement de rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. En conséquence, sangsues » ou ventouses scarifiées sur la région précordiale; on les répétera, si on en obtient de bons effets. Long et » profond moxa ou cautère sur la région du cœur. Boisson froide ou à la glace, le bouillon et le lait froids. » Se couvrir modérément et se coucher sur le crin et la paille. Exercice modéré à pied ou en voiture. »

Lorsque le malade arriva de Paris, l'oppression était extrême, le pouls très fréquent, les extrémités inférieures très infiltrées; la face bouffie. Ces circonstances, jointes à l'opinion d'un confrère plein de sagacité et d'instruction, la violence des battemens du cœur, le défaut de signes positifs du côté du foie et

de l'estomac, et sur-tout l'efficacité de deux applications de sangsues sur la région du cœur, me firent penser que je m'étais sans doute trompé. Cependant les digestions languissent toujours; le malade se plaint de l'estomac, sur-tout au milieu de la nuit; constipation. Je prescris une poudre que j'ai souvent employé avec succès dans les maladies du cœur avec épanchement dans les cavités thoraciques. Séné en poudre, douze grains, scille, deux grains. Cette poudre prise trois ou quatre fois à intervalles, provoque quelques selles et des coliques à l'hypogastre qui m'obligent de la supprimer. Les coliques continuèrent, et devinrent un nouveau tourment pour le malade. Les envies de vomir, l'anxiété précordiale sont telles, que le malade provoque le vomissement par l'introduction des doigts dans la bouche, manœuvre qui le soulage et amène l'expulsion d'une grande quantité de mucosités, sans jamais amener d'alimens. Enlever les coliques, fortifier son estomac qui digère mal, qui est d'une faiblesse extrême, voilà, suivant le malade, le secret de sa guérison. Petite toux; pouls un peu fréquent et vif; sommeil interrompu; le moment où il est le plus faible est toujours celui du lever. Six sangsues à l'anus, dans le but de le délivrer des coliques; bains de fauteuil que le malade ne peut supporter. Le lait froid pour toute nourriture passant mieux que les autres alimens, me paraît convenir; infiltration légère des extrémités inférieures.

Bientôt le sentiment de battement général et l'oppression diminuent, mais le malade vomit toutes les nuits et souvent aussi pendant le jour; le vomissement devient le symptôme dominant, et me ramène à ma première opinion que l'estomac ou le foie sont le siége de la maladie. Cette opinion devient pour moi une certitude, lorsque le 23 mai, le malade eut vomi, à plusieurs reprises et sans effort, une très grande quantité de matières glaireuses, d'une couleur noire ardoisée. Le malade est si effrayé qu'il m'envoie chercher: il s'étonne beaucoup de n'avoir pas vomi deux bols de lait de chèvre coupé avec de l'eau d'orge, qu'il venait de boire un instant auparavant. L'exploration la plus exacte de l'épigastre et de l'hypochondre droit ne me font reconnaître ni douleur, ni tuméfaction.

30 juin. Les vomissemens deviennent plus rares, ils n'ont lieu que tous les deux ou trois jours; selles naturelles. Nulle douleur, et pourtant amaigrissement rapide; débilité toujours croissante, le malade ne peut plus monter un escalier. L'exploration la plus attentive de l'abdomen ne fait rien découvrir; insomnie que le malade attribue à un sentiment de battement général qui a lieu plus particulièrement dans la tête; le lait passe bien, il constitue toute la nourriture; appétence de boissons froides et de bierre, que je lui permets. (Eau de Vichy, oxyde blanc de bismuth, à la dose de 6 grains.)

Enfin, le 15 septembre, explorant comme de coutume la région du foie et de l'estomac, je trouve que le foie déborde le thorax, et en enfonçant les doigts sous les dernières côtes, je reconnais quelques bosselures. Du reste, une pression, même assez forte, ne détermine aucune douleur. Les vomissemens cessent; les extrémités inférieures s'infiltrent d'une manière rapide; épanchement de sérosité dans l'abdomen; bouffissure de la face; infiltration des extrémités supérieures; point de douleur; respiration naturelle, pouls peu fréquent mais très vite. (Eaux de Vichy, sous-carbonate de fer à la dose de xx grains par jour.) Le lait et les fruits rouges sont la seule nourriture que l'estomac puisse supporter.

Dans les premiers jours d'août, les traits s'altèrent; diarrhée; les vomissemens n'ont pas reparu depuis le moment où le foie a débordé les côtes; l'infiltration des extrémités inférieures et l'épanchement dans l'abdomen va toujours croissant; le foie augmente prodigieusement de volume, et les bosselures que j'avais déjà reconnues sont plus manifestes encore. Le 20 août, inflammation pseudo-membraneuse de la muqueuse buccale qui saigne par le plus léger contact; les substances alimentaires les plus douces produisent un sentiment douloureux; le malade n'accuse d'autre douleur que celle de la bouche. Il s'éteignit le 28, à dix heures du matin, après une nuit extrêmement pénible.

Ouverture du cadavre. Foie bosselé. Les bosselures, larges et blanches appartiennent à des tumeurs encéphaloïdes, dont plusieurs sont converties en bouillie à leur centre, leur nombre est tel, qu'elles constituent de la moitié aux deux tiers du volume du foie. La substance intermédiaire aux tumeurs, est parfaitement saine. La vésicule du fiel contient une bile visqueuse; les voies biliaires sont libres.

L'estomac offrait, immédiatement avant le pylore et au niveau de sa petite courbure, une induration avec épaississement considérable, creusée intérieurement par une ulcération circulaire profonde. Le pancréas, jaunâtre et granuleux, offrait l'aspect de vésicules adipeuses très denses. La muqueuse des intestins grêles et gros était rouge et légèrement infiltrée. La rate, le cœur, les poumons et tous les autres organes étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

MALADIES DU FOIE.

Abcès traumatiques consécutifs. Phlébite. (XVI^e livr., pl. III.)

Les abcès multiples du foie sont une des suites les plus fréquentes et les plus graves des plaies et des opérations chirurgicales. Ces abcès ayant été sur-tout observés dans le cas de plaies de tête, on a cru pouvoir l'interpréter, soit par des rapports de circulation entre le cerveau et le foie (Pouteau, Bertrandi), soit par des rapports sympathiques *aussi réels qu'inexplicables* entre ces deux organes (Desault et Bichat), soit par la simultanéité de lésions du foie et du cerveau (M. Richerand). L'antique théorie de la métastase ou transport du pus d'un lieu dans un autre, la théorie nouvelle des tubercules préexistants appliquée au foie, a été réfutée ailleurs. (*Voy. Phlébite et Abcès viscéraux,* XI^e livr.)

La commotion du foie, les déchirures multiples auxquelles cet organe est exposé en raison de son poids et de sa fragilité, peuvent rendre compte d'un certain nombre de faits, mais ne s'appliquent nullement à la grande majorité des cas; par exemple, à ceux où une tumeur blanche ayant nécessité l'amputation du membre, le malade n'a eu à subir aucun transport, aucune commotion; à ceux d'amputation des mamelles, d'excision d'hémorrhoïdes, de polypes utérins, etc.

Le grand fait de la phlébite a rempli le vide immense qui semblait séparer une solution de continuité souvent légère des abcès viscéraux et de ceux du foie en particulier. De nombreuses observations ont prouvé que dans des cas où aucune veine libre ne paraissait enflammée, les veines des os, les veines du tissu adipeux médullaire étaient remplies de pus. Il résulte même des observations et des expériences que j'ai pu faire à cet égard, que la phlébite des os est plus inévitablement grave que l'inflammation des autres veines.

Les partisans de la phlébite se divisent entre deux opinions bien tranchées. Suivant les uns, le pus formé dans les veines enflammées, mêlé au sang, est déposé en nature dans le foie comme dans tout autre organe, en l'absence de toute inflammation. Suivant les autres, le pus de la phlébite mêlé au sang et retenu dans le système capillaire veineux du foie ou de tout autre organe, détermine l'inflammation de cet organe, non en sa qualité de pus, mais en sa qualité de corps irritant. Je crois avoir démontré ailleurs (XI^e livr., *phlébite*) par des expériences qui ont toute la valeur des démonstrations de la physique, que les abcès viscéraux sont le résultat d'une phlébite capillaire de ces viscères, consécutive à une autre phlébite siégeant dans un lieu plus ou moins éloigné, et à l'aide de laquelle le pus est versé directement et en nature dans le torrent de la circulation.

Le foie étant l'aboutissant d'un système veineux très considérable, *hœmatopoieticum visum,* est, après les poumons, l'organe où l'on rencontre le plus fréquemment des abcès à la suite de plaies ou d'opérations chirurgicales (*loc. citat.,* pag. 5 et 6).

Tantôt il est seul affecté; tantôt il l'est concurremment avec les poumons, la rate et d'autres viscères. Dans quelques cas, les abcès de tous ces viscères semblent être contemporains; le plus souvent ils présentent des traces manifestes de leur formation successive.

On conçoit d'ailleurs que dans les cas où la phlébite affecte quelqu'un des points du système veineux abdominal, le foie doive être primitivement et souvent exclusivement affecté, tandis que dans ceux où la phlébite porte sur le système veineux général, les poumons doivent recevoir les premiers l'influence du pus veineux mêlé au sang.

Le nombre des abcès du foie est plus ou moins considérable; quelquefois il n'existe qu'un, deux, trois petits foyers. Il est probable que dans ce cas le malade aurait résisté à la lésion du foie, si d'autres lésions plus graves n'étaient venues la compliquer. Chez un

individu qui a succombé par suite d'inflammation gangréneuse du tissu cellulaire pelvien, suite elle-même d'infiltration d'urine, il n'y avait *qu'un seul abcès* dans le foie, et cet abcès siégeait autour d'une des divisions de la veine-porte, dans le tissu cellulaire lâche qui l'entoure. D'autres fois, au contraire, le foie présente une multitude innombrable de petits foyers d'apparence tuberculeuse.

On peut d'ailleurs suivre la formation de ces abcès dans toutes leurs phases ou périodes : 1° taches sanguines brunâtres, dont le siége paraît être dans les grains glanduleux eux-mêmes; 2° infiltration de pus blanc concret qui donne au foie l'aspect du granit; coloration brune ardoisée tout autour, sans autre trace manifeste d'inflammation. Quelquefois une grande masse de granulations est affectée; d'autres fois, l'altération est bornée à un très petit nombre, circonstance qui jointe à celle de la densité du pus, à la multiplicité des foyers, à l'irrégularité des masses envahies, a pu faire croire à la nature tuberculeuse de cette altération. Toujours la couche du foie qui avoisine le foyer, présente une couleur brune ardoisée. Cette couleur est probablement cadavérique; 3° collection de pus ou abcès dont les dimensions sont mesurées par celles de la masse primitivement envahie.

Existe-t-il dans les plaies une période au-delà de laquelle les abcès consécutifs ne soient plus à redouter ? Je crois que tout le temps qu'existe la solution de continuité, on n'est pas à l'abri de cet accident. Le plus ordinairement c'est du dixième au vingtième jour que surviennent les symptômes de phlébite; il n'est pas rare de les voir naître au bout d'un mois, six semaines et même deux mois, lorsque des os ont été intéressés et baignent dans le pus.

Le diagnostic des abcès traumatiques du foie est extrêmement obscur. Quelquefois il y a douleur à l'hypochondre droit, à l'épaule du même côté; d'autres fois la pression la plus forte et la plus variée sur la région du foie ne provoque pas la plus légère sensibilité. L'ictère n'est rien moins que constant. La circonstance d'une plaie ou d'une opération chirurgicale, le frisson qui survient plusieurs jours après, l'état adynamique ou typhoïde porté au plus haut degré, l'absence de symptômes de lésion dans les autres organes, peuvent faire soupçonner, mais rarement diagnostiquer d'une manière positive l'existence de cette grave altération.

Le traitement préservatif est tout; le traitement curatif est bien peu de chose. Prévenir la phlébite; si elle existe, maintenir son inflammation dans les limites de l'inflammation adhésive, voilà le traitement préservatif. Lorsque la suppuration est déclarée, prévenir, s'il est possible, le mélange du pus au sang, par un bandage compressif, pour remplacer en quelque sorte les caillots sanguins qui si souvent établissent une limite infranchissable entre la portion de veine en suppuration et le reste du système veineux.

Lorsque l'infection du sang a lieu, soutenir la force de résistance à l'aide du quinquina, des acides et de l'ensemble des moyens dirigés contre l'infection miasmatique. L'état local, les lésions d'organes ne sont évidemment que des effets qui se reproduiront incessamment tout le temps que se reproduira l'infection.

L'inflammation des veines hémorrhoïdales peut donner lieu aux abcès du foie. Dans le cas suivant ces abcès ont été provoqués par des tentatives réitérées de réduction du rectum déplacé.

Un homme âgé de 60 ans environ, avait depuis longues années une chute du rectum; l'intestin formait une tumeur grosse comme le poing, rouge foncée, indolente. D'après le rapport du malade, cette tumeur sortait au premier effort de défécation, mais rentrait immédiatement après : elle n'était pas rentrée depuis vingt-quatre heures. Des efforts réitérés et à mon avis beaucoup trop considérables et impatiemment supportés par le malade, furent pratiqués pour opérer la réduction. On finit par l'obtenir.

Mais le jour même, la face s'altère, le pouls devient petit, inégal; état de prostration; peau froide; vomissements, hoquets; ignorance complète de son état, stupeur; aucune douleur. Les jours suivants les symptômes vont croissant. Mort le cinquième jour.

A l'ouverture, on trouve dans le foie un très grand nombre de petits foyers, les uns superficiels, les autres profonds, irréguliers, d'un volume inégal, entourés d'une couche d'un brun ardoisé, fragiles. On voyait très bien le mécanisme de la formation de ces foyers; ici des points blancs étaient interposés à des points bruns ardoisés, là se voyait un pus demi-concret réuni faisant foyer. Quelques-uns de ces abcès, et ce cas est fort rare, étaient remplis par une matière assez semblable à du lait trouble.

Dans l'observation suivante, les abcès hépathiques furent la suite d'une contusion légère à la jambe.

Un homme vigoureux était depuis quelques jours à l'hôpital, pour une contusion à la jambe. Fièvre précédée de frisson ; saignée ; le lendemain ictère, symptômes d'embarras gastrique ; 36 grains ipécacuanha : hoquets ; le troisième jour, deuxième saignée ; le quatrième, état typhoïde, prostration ; langue sèche, pouls peu fréquent ; le cinquième, diminution notable de l'ictère ; pouls faible ; supination ; renversement de la tête en arrière ; langue et dents sèches. Facultés intellectuelles dans leur intégrité. Mort.

A l'ouverture, plusieurs abcès dans l'épaisseur du foie ; le principal occupait la partie de cet organe qui est situé immédiatement au-dessus de la vésicule biliaire. Cette poche contenait au lieu de bile un liquide muqueux et transparent.

Les abcès hépatiques sont souvent la suite d'une phlébite occasionée par la saignée.

Exemple : un homme fait une chute de huit pieds de haut sur la région occipitale ; forte contusion. Saignée. Symptômes de phlébite entre la saignée et le cœur. Large application de sangsues. Cessation de la phlébite. Symptômes de phlébite au-dessous de la saignée, même traitement ; symptômes typhoïdes. Mort le huitième jour. Ouverture, huit abcès dans le foie. Phlébite suppurée de toutes les veines de l'avant-bras.

Toutes les inflammations locales peuvent être suivies d'abcès hépatiques, parce que toutes peuvent être accompagnées de phlébite. Je possède des observations de panaris, de phlegmons, infiltration des urines, qui ont été suivis d'abcès au foie mortels.

On a distingué une phlébite externe et une phlébite interne pour les veines libres ; la même destination peut être appliquée au foie. Le fait suivant m'a offert l'exemple d'une suppuration qui occupait la gaîne celluleuse de toutes les divisions de la veine-porte, la veine elle-même étant intacte. Le même fait tend à prouver qu'il existe des phlébites hépatiques spontanées, de même que des inflammations spontanées des veines libres.

Béatrix, artiste distingué pour la flûte, tempérament bilieux et nerveux, adonné aux excès, mélancolique, très irascible, éprouve, à la suite de longs chagrins, une extrême débilité et un mouvement fébrile, pour lequel il me fait appeler, le 18 décembre 1818. Je le trouvai dans l'état suivant : teint pâle, face amaigrie, dégoût général ; fièvre lente avec redoublement le soir. J'explorai le thorax et l'abdomen sans pouvoir y découvrir de cause de maladie. Diète, boissons adoucissantes. Plus tard, à la sollicitation réitérée du malade, purgatif léger qui console son moral sans influer en rien sur son état. Petite toux sèche qui cède à une potion calmante. La régularité des paroxysmes m'enhardit à tenter la décoction de quinquina, l'infusion de petite centaurée, mais sans le moindre succès.

Jusque-là je n'avais que des inquiétudes vagues ; mais trois semaines, un mois s'étant écoulés sans aucun soulagement, l'amaigrissement croissant, la sécheresse extrême de la langue avec tendance à la fuliginosité, la fièvre continue avec redoublement, m'annoncèrent que j'avais affaire à une maladie très grave, à une fièvre symptomatique, dont je ne pouvais déterminer le point de départ.

Un incident occasioné par l'impatience du malade précipita sa mort de quelques jours. Depuis ma première visite, le malade sollicitait un vomitif que je lui avais constamment refusé, en l'absence d'indication positive. Le 28 janvier, tourmenté par des envies de vomir et attendant beaucoup du vomissement, il envoie chercher deux grains d'émétique qui provoquèrent des efforts considérables de vomissement et plusieurs selles. Je vis le malade quelques heures après : son pouls était très précipité, sa faiblesse extrême ; il était cependant levé suivant sa coutume et se croyait mieux. Le soir, état très grave. Supination ; face décomposée ; langue noire : à peine put-il me reconnaître et articuler quelques

sons à voix basse. Les selles et les urines sont involontaires. Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses ; décoction de quinquina.

Le lendemain, stupeur ; il ne répond plus ; les yeux sont agités de mouvements convulsifs. Cet état se prolonge pendant quatre jours, au bout desquels la poitrine se prend. Mort le 5 février.

A l'ouverture, foie volumineux, d'une couleur brun foncé ; en l'incisant, je vois, à mon grand étonnement, s'échapper une grande quantité de pus blanc dont la couleur contraste avec celle du foie. Des incisions faites en divers sens me découvrent, à chaque fois, de nouveaux foyers plus ou moins profonds. Le petit lobe du foie était sur-tout pénétré de pus. En examinant avec attention le siége de ces foyers, je vis qu'ils communiquaient tous les uns avec les autres, et que le pus occupait tout le tissu cellulaire qui entoure les divisions de la veine-porte. Alors enlevant le foie, je constatai qu'il existait dans le sillon transversal du foie un foyer purulent à parois très denses qui entourait le tronc de la veine-porte ; que de ce foyer comme d'un centre, partaient des canaux purulents excentriques aux divisions de la veine-porte, qui se divisaient et se subdivisaient comme cette veine, que la membrane cellulo-fibreuse qui constitue la capsule de Glisson était très épaissie, que le tissu propre du foie était parfaitement sain. Il existait en outre dans le méso-colon iliaque et dans le mésorectum, le long des vaisseaux, des petits foyers purulents.

La membrane interne de l'estomac qui était très ample, était ramollie et s'enlevait sous la forme de pulpe, par le frottement le plus léger.

EXPLICATION DES FIGURES.

Les figures 1 et 1' représentent une portion de foie appartenant à un blessé de juillet 1830, dont l'observation a été consignée dans la XI[e] livr. (*Phlébite et Abcès viscéraux*, page 21) et dont les poumons farcis d'abcès ont été représentés fig. 2 et 3, pl. III. La suppuration du tissu adipeux médullaire était chez cet individu la source de tous les accidents.

Fig. 1. Lobe gauche du foie présentant de larges plaques blanches, irrégulières, de diverses dimensions AF, AF, AF, et dont plusieurs occupaient la circonférence de l'organe. Toutes ces plaques sont entourées d'un cercle brun ardoisé.

Fig. 1'. Coupe de ce même lobe. On voit que les plaques ne sont pas seulement superficielles, mais pénètrent à une très grande profondeur ; qu'il existe en outre des foyers profonds : le pus n'était pas encore ramassé en foyer, il était infiltré et solide, circonstance qui a pu faire croire dans des cas analogues aux tubercules préexistants. Chaque grain glanduleux du foie paraît isolément pénétré de pus et quelquefois une granulation purulente se trouve à côté d'une granulation saine. D'où l'aspect granitique de la coupe. Les veines hépatiques sont saines.

Cet état du foie est identiquement le même que celui que j'ai obtenu par l'injection directe du mercure dans l'une des divisions de la veine-porte du chien ; dans cette expérience un globule mercuriel occupait le centre de chaque petit foyer.

La figure 2 représente le foie d'un blessé de juin 1832, dont je ne retrouve pas l'observation, qui était d'ailleurs le calque de toutes les autres.

Le travail de suppuration était plus avancé ; le pus commençait à se réunir en foyer. On voit les vaisseaux qui tapissent les parois ou qui traversent les foyers ; car les vaisseaux sont généralement respectés par le pus qui les dissèque sans entamer leur continuité.

MALADIES DU FOIE.

Deux kystes acéphalocystes du foie. Ascite, anasarque, ictère.

(PLANCHE V, III[e] LIVRAISON.)

M. Bello, âgé de trente-huit ans, ancien officier, d'une très-vigoureuse constitution, entra à la Maison royale de Santé le 4 octobre 1828, pour une ascite avec ictère léger, infiltration des extrémités inférieures. Il avait joui de la santé la plus parfaite jusque'n 1814, époque à laquelle il reçut un coup de crosse de fusil sur l'épigastre, et fut laissé pour mort sur le champ de bataille. Revenu à lui, il ressentit une vive douleur à la région de l'estomac, mais ne fit aucun traitement. La douleur se transforma en un sentiment habituel de gêne à l'épigastre, avec augmentation et diminution. Depuis cette époque, il est sujet tous les quinze jours, tous les mois, à des vomissemens de sang, dont le premier s'est manifesté un an après l'accident, et le dernier quelques jours avant son entrée. Les boissons spiritueuses, la secousse du cheval provoquent presque constamment ces vomissemens, toujours précédés de douleurs épigastriques, et toujours suivies de soulagement. Des sangsues à l'anus ou à l'épigastre sont fréquemment appliquées, mais sans résultat. Du reste, l'état général est excellent. Cette indisposition l'inquiétait si peu, qu'il est allé servir la cause des Grecs comme volontaire. De retour depuis huit jours, ses extrémités inférieures se sont infiltrées; l'abdomen est devenu tendu, volumineux; en vingt-quatre heures il a pris la dimension qu'il avait au moment de l'entrée du malade.

État actuel : Ictère léger; abdomen très-volumineux avec fluctuation manifeste; extrémités inférieures très-infiltrées; sueurs foncées en couleur, mais ne présentant nullement la teinte ictérique; aussi ne contiennent-elles pas vestige de la matière colorante de la bile. Sentiment de gêne douloureux au niveau du rebord des fausses côtes droites. L'exploration la plus attentive ne me fait découvrir aucune tumeur dans l'hypochondre droit. La pression sur cette région n'augmente pas la douleur; du reste, l'état général est aussi satisfaisant que possible : embonpoint; gaîté; appétit très-bon; pouls naturel. La teinte jaune, la douleur, la circonstance commémorative d'un coup me portent à penser qu'il existe une lésion organique du foie, dont l'ascite ne serait qu'un symptôme ou que l'effet consécutif; et d'une autre part, le peu d'intensité des symptômes, depuis huit jours, dénotent une de ces lésions qui ne portent pas dans l'économie un trouble général et profond, peut-être une affection squirrheuse circonscrite, un kyste séreux ou acéphalocyste ?

Le traitement doit être dirigé, non contre la cause inconnue et inattaquable de l'ascite et de l'anasarque, mais contre l'ascite et l'anasarque eux-mêmes. La rapidité de leur formation dénote assez que l'un et l'autre sont actifs, et donne lieu d'espérer qu'ils cèderont au traitement antiphlogistique. Saignée au bras, chiendent, pariétaire nitrée.

Le 6 octobre, quinze sangsues sur l'épigastre qui diminuent la gêne et la douleur.

Le 8, quinze nouvelles sangsues. Cependant l'infiltration des extrémités inférieures et la tuméfaction de l'abdomen font des progrès au milieu d'un état général aussi satisfaisant que possible. Je renonce à la médication antiphlogistique. Je tente un purgatif minoratif qui fatigue et ne dégage pas, bien qu'il ait produit sept à huit selles.

Les jours suivans j'ai recours à la digitale pourprée que j'ai coutume de prescrire ainsi qu'il suit : feuilles de digitale vingt-quatre grains, faites infuser dans cinq onces d'eau; sirop des cinq racines, une once, à prendre par cuillerées toutes les deux heures. Cette infusion tient le ventre libre en même temps qu'elle pousse aux urines.

Cependant les extrémités inférieures deviennent douloureuses, et tellement tuméfiées, que le malade ne peut pas les mouvoir. Je lui fais pratiquer quelques scarifications qui dégorgent notablement ces extrémités, et calment son moral abattu par l'insuffisance de nos moyens et l'augmentation rapide des symptômes. J'ajourne la ponction qu'il sollicite comme un moyen de guérison plus expéditif.

Le 25, le malade se plaint de froid : on peut à peine parvenir à le réchauffer, bien qu'on l'entoure de boules chaudes; j'attribue ce froid à l'eau qui suinte sans cesse des scarifications : d'ailleurs le malade est gai, satisfait. L'état général est excellent.

Tremblement toute la nuit du 29 au 30; coliques; douleurs dans tous les membres. Le 30, soif vive, langue sèche, douleurs de coliques; les extrémités inférieures sont rouges et très-douloureuses. Il se plaint constamment de froid. Le pouls est peu fréquent et naturel pour la force.

Je crains une péritonite. Douze sangsues sur l'abdomen.

Le 31, état d'immobilité, de stupeur analogue au narcotisme. Les yeux sont tournés en haut, injectés et à demi ouverts; le pouls peu fréquent, naturel; la respiration suspirieuse; le malade paraît sans communication aucune avec les objets extérieurs. Cependant il m'entend lorsque je lui parle à haute voix, dirige un instant les yeux sur moi, semble vouloir me répondre, et retombe de suite dans son état de stupeur.

Le 1er novembre, râle, hoquet; pouls presque naturel pour la fréquence et pour la force. Un abcès s'était formé autour de la saignée pratiquée le 8; et, dans le transport d'un lit sur un autre, cet abcès s'ouvrit et donna une grande quantité de sang. Je me suis assuré que le sang ne venait pas de l'intérieur de la vessie.

Ouverture du cadavre. J'avais cru à une péritonite, et cependant je ne trouve que de l'eau citrine dans la cavité abdominale.

Le foie (planche v, fig. 1, IIIe livraison) a une forme singulière; son diamètre antéro-postérieur est aussi considérable que le diamètre transverse; et le diamètre vertical est à peu près le même à l'extrémité droite et à l'extrémité gauche. Le lobe gauche est atrophié, et la surface du foie est comme ratatinée, hérissée de granulations d'inégal volume et de formes différentes, qui ont été fidèlement représentées fig. 1. Deux tumeurs volumineuses fluctuantes existent, l'une à l'extrémité droite KAD, l'autre à l'extrémité gauche KAG : supérieurement elles ne dépassent pas le niveau de l'organe; inférieurement la gauche le dépasse et elle forme une saillie sphéroïde assez considérable. L'une et l'autre tumeurs présentent supérieurement un appendice très-saillant TT, parcourue par des vaisseaux sanguins à parois très-minces et qui n'eussent pas tardé à s'ouvrir dans la cavité péritonéale.

Il était facile de deviner que j'avais affaire à deux kystes acéphalocystes. Largement ouverts d'arrière en avant, ces kystes étaient remplis par un liquide boueux jaunâtre, au milieu duquel j'ai trouvé, et des acéphalocystes entières, et des acéphalocystes vides, ramassées sur elles-mêmes et colorées en jaune.

La figure 3 représente une de ces acéphalocystes intacte; on y voit des points blancs semblables à de petits grains de sable plus résistans que les autres points, qu'on regarde, mais à tort, comme des germes ou œufs d'acéphalocystes.

On trouve, figure 2, de nombreuses et singulières variétés de formes, que rapporteront à des vices de conformation produits par une gêne dans le développement, les partisans de la vitalité de ces globes organiques.

Les figures 5 et 6 représentent des fragmens de l'acéphalocyste mère, ou de la membrane acéphalocyste qui tapissait immédiatement le kyste. AM (fig. 5) appartenait à la poche gauche, AM (fig. 6) à la poche

droite. Dans la première on voit des granulations agglomérées qui hérissent la surface interne, et qu'on peut comparer à de petits œufs. Dans la seconde, ce sont des vésicules en grappes, les unes régulières, les autres irrégulières, et qu'on se refusera difficilement à regarder comme des germes d'acéphalocystes prêts à se détacher.

Le kyste d'enveloppe était fibreux comme de coutume, d'un quart de ligne d'épaisseur; sa surface interne était rugueuse, comme déchirée; elle était tapissée de concrétions ici brunes, là vertes, ailleurs jaunâtres, ailleurs du jaune orangé le plus beau : toutes ces nuances ne sont autre chose que la matière colorante de la bile modifiée. Ces concrétions, que j'ai vues plusieurs fois former une couche épaisse analogue aux calculs biliaires, tapissant la totalité du kyste, prouvent manifestement la communication, au moins temporaire du kyste avec quelques-uns des canaux biliaires.

Le kyste a pu être enlevé avec la plus grande facilité. Un tissu cellulaire filamenteux et lâche l'unissait au foie, à la substance duquel il ne tenait que par une foule de vaisseaux artériels, veineux et de canaux hépatiques, dont un grand nombre était oblitéré.

Le kyste du lobe gauche, qui dépassait en bas le niveau du foie, offrait une disposition remarquable. Il comprimait la division gauche de la veine-porte, division qui était singulièrement rétrécie, d'où sans doute l'atrophie du lobe gauche. La branche correspondante du canal hépatique était au contraire dilatée.

La figure 4 représente un fragment du foie, destiné à en faire apprécier la structure, S la surface, C la coupe. On voit des granulations séparées par des espaces variables. Dans ces espaces, le foie a pris l'aspect fibreux. Je suis persuadé que chez cet individu le foie n'avait pas, à volume égal, la moitié des grains glanduleux qu'il présente dans l'état naturel.

Le cerveau et ses enveloppes, les organes thoraciques et abdominaux sont parfaitement sains.—Phlegmon large sous-cutané avec pus infiltré ou ramassé en foyer, occupant les jambes et s'étendant aux cuisses.

Réflexions. — La déformation qu'a subie le foie n'a rien qui doive nous étonner. Elle est le résultat de la double pression latérale à laquelle il a été soumis par le développement des kystes. Aucun organe n'est plus variable pour la forme et le volume, aucun organe ne se moule plus facilement que le foie sur les parties voisines. Ainsi, tantôt il s'allonge de manière à atteindre la fosse iliaque, tantôt il s'accroît énormément d'un côté à l'autre; d'autres fois, c'est d'avant en arrière : la pression, assurément très-douce, à laquelle il est soumis dans l'ascite, détermine, avec son changement de forme, une espèce de racornissement et d'atrophie qui a été notée par un grand nombre d'observateurs, qu'on a même quelquefois donnée comme cause d'ascite. Je m'étonne que quelques auteurs aient nié que les impressions dont est par fois sillonnée la surface convexe du foie, fussent le résultat de la compression exercée par les côtes. Ici le lobe gauche était atrophié, et semblait remplacé en entier par le kyste; mais il pourrait se faire que cette atrophie ne fût qu'apparente, et que la partie du foie qui le constitue ait été refoulée à droite. Cette division du foie, en lobe droit et en lobe gauche, est tout-à-fait arbitraire; elle est uniquement fondée sur la présence du ligament falciforme, qui ne peut pas servir de base à une distinction légitime.

Il y avait deux kystes; or, cette multiplicité de kystes, qui est extrêmement fréquente, est une contre-indication formelle de toute tentative d'opération, de traitement local. Les succès qu'a obtenus M. Récamier, par la ponction exploratrice, l'application de la potasse caustique, et l'injection, doivent être regardés comme dus à un hasard heureux ou comme des cas exceptionnels. L'adhérence spontanée du kyste aux parois abdominales ou sa tendance spontanée à s'ouvrir au dehors justifieraient seules une semblable tentative.

Une contusion ou une commotion du foie a été, dans ce cas, la cause évidente de la production organique : je ne connais pas de lésion dans l'organisation qui ne puisse reconnaître une cause semblable. La contusion et la commotion développent, dans les parties qui en sont le

siége, des modifications de vitalité telles, que toutes les formes d'altération organique, soit aiguë, soit chronique, peuvent en être le résultat; d'où la nécessité d'un traitement actif et persévérant à la suite de toute contusion ou commotion assez forte pour laisser des traces après elle.

Pendant quatorze ans, ces kystes n'ont manifesté leur présence que par un sentiment de gêne habituel et par des vomissemens de sang, lesquels étaient provoqués par les boissons spiritueuses ou la secousse du cheval. Je ne sache pas que l'hématémèse ait été noté dans ce genre de maladie. La gêne apportée dans la circulation de la veine-porte peut rendre compte de cette prédisposition à l'hémorrhagie, dont une commotion physique ou la présence d'un stimulant devenait la cause provocatrice.

L'invasion subite de l'ascite et de l'anasarque peut s'expliquer par le travail d'élimination dont étaient le siége les parois des kystes; travail qui a eu pour résultat l'amincissement de ces kystes dans un point TT, et leur tendance à s'ouvrir dans la cavité du péritoine. On conçoit que si le malade eût vécu plus long-temps, la rupture eût pu s'opérer, et alors la mort aurait eu lieu d'une manière extrêmement rapide. Les hydropisies ascites tiennent bien souvent à des maladies sous-péritonéales; que peuvent contre elles les médications diurétiques et autres?

La présence de la matière colorante de la bile, et même d'une bile concrète dans le kiste fibreux d'enveloppe, l'aspect rugueux des parois, me paraissent le résultat de l'accroissement du kyste, graduellement distendu par le développement des acéphalocystes; alors les rameaux hépatiques qui se rencontrent dans les parois du kyste, étant peu susceptibles d'oblitération, sont peu à peu attaqués, entamés, et versent dans la poche le liquide qu'ils contiennent. On y trouverait du sang, si les parois vasculaires ne devenaient pas adhérentes entre elles : il existe de grandes variétés sous le rapport de l'épaisseur des kystes acéphalocystes, j'en ai vu qui avaient quatre lignes d'épaisseur.

Le malade a succombé non à l'altération enkystée, non à l'ascite, mais bien au phlegmon large sous-cutané qui s'est développé aux extrémités inférieures, sous l'influence de la distension et des scarifications. C'est à cette phlegmasie que j'attribue les phénomènes comateux qui ont précédé la mort. Ce n'est pas la première fois que j'observe cette cause de mort dans l'anasarque, et il me semble qu'on n'a pas assez fixé l'attention des praticiens sur cet objet. On ne saurait trop leur recommander la surveillance la plus attentive des extrémités inférieures infiltrées : placer le membre dans la situation la plus favorable à la circulation veineuse et lymphatique, le changer souvent d'attitude pour éviter la compression long-temps continuée sur le même lieu, être très-avare de scarifications, voilà des soins généraux qu'il ne faut jamais perdre de vue. (Conférez l'article acéphalocyste du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, où j'ai traité la plupart des questions relatives aux acéphalocystes du foie, avec beaucoup de détails.)

MALADIES DU FOIE, DE LA RATE, ET DU GRAND ÉPIPLOON.

(ACÉPHALOCYSTES, pl. I et II. XIX[e] livr.)

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche 1[re].

La fig. 1 (1/2 grandeur) représente une masse de kystes acéphalocystes qui remplissait l'abdomen d'un individu sur lequel je n'ai aucun renseignement.

Le foie était d'une couleur ardoisée très foncée, mais d'ailleurs sain dans son tissu; cette coloration bien distincte de la couleur noirâtre qui résulte du dégagement de l'hydrogène sulfuré au voisinage du gros intestin occupait toute l'épaisseur de l'organe; elle n'était point cadavérique, car il n'existait aucun signe de putréfaction; et d'ailleurs la coloration ardoisée est une des nombreuses nuances de coloration morbide auxquelles le foie est exposé. Dans l'épaisseur du foie, à sa partie antérieure et gauche, était un kyste assez considérable, que remplissait une membrane jaune MH, plissée sur elle-même, qu'il n'était pas difficile de reconnaître pour la membrane d'une acéphalocyste.

Cette membrane présentait une couleur jaune diversement nuancée (fig. 1, 2). Sa surface interne était parsemée de vésicules ou ovules de différents volumes, qu'on pourrait considérer comme des acéphalocystes à l'état naissant.

Cette membrane était régulièrement plissée sur elle-même: déployée, elle avait une étendue trois à quatre fois plus considérable qu'il ne le fallait pour tapisser le kyste dans lequel elle était contenue, sans adhérence; disposition qui établissait de la manière la plus positive que le kyste avait été primitivement beaucoup plus considérable, et que le liquide contenu ayant été absorbé graduellement, la membrane était rentrée en dedans d'elle-même.

Du reste, cette membrane présentait tous les caractères des membranes acéphalocystes: elle était très épaisse, frangible, comme élastique, albuminiforme, et pouvait se diviser en lamelles extrêmement ténues; c'était de la plus profonde seulement que naissaient les vésicules ou granulations indiquées.

Le kyste qui contenait cette membrane présentait également tous les caractères des kystes acéphalocystes anciens. Il était fibreux, épais, mais d'une épaisseur inégale dans les divers points de son étendue. Sa surface interne était rugueuse, plaquée d'une matière jaune doré, jaune brunâtre. Ce kyste pouvait être énuclé: des vaisseaux hépatiques de divers ordres étaient appliqués, sans y adhérer, à sa surface externe. Un canal biliaire s'ouvrait dans sa cavité.

Ce kyste était en rapport par les trois quarts de sa surface extérieure, avec le foie excavé pour le recevoir; par l'autre quart, il se confondait avec les parois du kyste de l'épiploon.

Trois autres kystes acéphalocystes non altérés se voient le long du bord droit du foie et sont en partie logés dans son épaisseur.

La rate R présente quelques kystes acéphalocystes superficiels.

C'est entre le foie et la rate et au-dessous de ces organes qu'existe la masse très considérable, globuleuse, terminée en pointe inférieurement, qui descendait jusque dans l'excavation du bassin; l'incision de cette masse nous a présenté une foule de kystes remplis d'acéphalocystes H, H, H de diverses dimensions.

Ces kystes communiquaient entre eux par des ouvertures circulaires faites comme avec un emporte-pièce, dont les unes étaient extrêmement petites et dont les autres étaient très considérables. Il y avait en quelque sorte plusieurs systèmes de kystes. Les kystes de chaque système communiquaient entre eux, sans communiquer avec les kystes des autres systèmes.

La fig. 2 (grandeur naturelle) représente une coupe de la partie supérieure de la tumeur. On voit 1° la couleur ardoisée de la substance du foie F, 2° la membrane acéphalocyste jaune, 3° les parois du kyste qui la contenait, les espèces de compartiments en lesquels était divisée la tumeur. Tous ces kystes avaient une structure fibreuse. Leur surface interne se présentait sous deux états bien différents.

Généralement elle était extrêmement rugueuse et comme mamelonnée : Dans un certain nombre de kystes cette surface interne était lisse : les kystes à parois rugueuses et comme mamelonnés, avaient en général beaucoup d'épaisseur. Ceux à surface interne lisse étaient extrêmement minces. Il y avait des kystes qui formaient des sphéroïdes réguliers, d'autres qui présentaient des anfractuosités.

Les acéphalocystes remplissaient très exactement le kyste correspondant, tellement qu'il fallait de grandes précautions pour éviter de les entamer en pénétrant dans la cavité. Du reste, il y avait contiguité pure et simple entre le kyste et l'acéphalocyste elle-même.

En général, chaque kyste ne contenait qu'une acéphalocyste, mais on en trouvait souvent deux, quelquefois cinq, six, huit : dans le cas d'acéphalocystes multiples, tantôt toutes les acéphalocystes étaient pleines, et alors le kyste était anfractueux; tantôt c'était une seule acéphalocyste, pleine, et les autres vides et flétries étaient appliquées et comme moulées sur l'acéphalocyste pleine. Ces diverses dispositions se voient très bien fig. 2, pl. 1.

Pl. II.

La fig. 1 (1/2 grandeur) représente la masse formée par le foie, la rate et la tumeur, vus par la face postérieure. L'estomac E avait été refoulé en arrière; plusieurs acéphalocystes formaient sur sa face postérieure une espèce de demi-anneau qui venait se continuer avec la masse qui appuyait sur la face antérieure de cet organe. L'œsophage passait par une espèce de détroit que formait la tumeur autour de la partie sous-diaphragmatique de ce canal.

L'aspect général de la masse, vue postérieurement, n'est pas exactement le même que celui qu'elle présente antérieurement. Les kystes ou groupes de kystes sont plus isolés les uns des autres et liés entre eux par des brides fibreuses extrêmement résistantes.

La forme des acéphalocystes était généralement sphéroïdale ou ovoïde (fig. 2, pl. II).

Un grand nombre offrait un aspect très irrégulier (*Voyez fig.* 1, 3, 4, 5, 6, 7). Cette forme irrégulière était déterminée par celle des kystes dans lesquels ils étaient contenus. Les espèces de têtes supportées par un pédicule que présentent plusieurs de ces acéphalocystes sont dues aux communications que j'ai dit exister entre plusieurs kystes; la tête était reçue dans le kyste voisin et le col ou étranglement répondait à l'ouverture circulaire de communication. Lorsqu'un même kyste communiquait avec deux ou trois kystes, il existait autant de têtes ou prolongements de l'acéphalocyste dans les kystes voisins, qu'il y avait d'ouvertures de communication. L'acéphalocyste représentée fig. 7 remplissait un kyste étranglé à sa partie moyenne : les trois têtes sphéroïdales de son extrémité gauche étaient reçues dans trois kystes différents qui communiquaient avec le premier. Lorsque cette ouverture de communication était considérable, le prolongement était considérable aussi (*Voyez fig.* 3 *et* 5). Lorsqu'elle consistait dans un simple pertuis, le prolongement avait la forme d'un mamelon : on eût dit d'un cysticerque avec sa vessie caudale. On peut juger par l'irrégularité de la forme de l'acéphalocyste représentée fig. 4, que ces productions sont essentiellement amorphes.

La régularité de la forme, qui est généralement donnée comme un des caractères de leur vitalité, doit être rapportée non à ces corps eux-mêmes, mais aux kystes dans lesquels ils sont contenus. J'ai traité ailleurs avec quelque développpement cet intéressant sujet et j'y renvoie pour les considérations générales (1).

(1) *Voyez* art. ACÉPHALOCYSTES du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. 1er, page 193.

MALADIES DE LA RATE.

Splénite, pus concret combiné.

(FIGURES 1 ET 2, PLANCHE V, IIe LIVRAISON.)

N...., âgée de vingt-huit ans, d'une très-forte constitution, cuisinière, fut adressée à la Maison royale de Santé par M. le docteur Jacquemin; elle était dans l'état suivant : Face très-colorée; langue rouge, lisse, sans enduit; pouls médiocrement fréquent; sueurs abondantes presque continuelles; douleur rhumatismale assez vive à l'épaule gauche; d'ailleurs nulle douleur. L'exploration la plus attentive des cavités thoracique et abdominale ne me permit de découvrir aucun point de départ. Pour commémoratifs, je recueillis que la malade, après quinze jours de malaise, avait été forcée de s'aliter; qu'elle avait pris d'abord, de son propre mouvement, un vomitif; qu'une saignée abondante l'avait beaucoup soulagée, et qu'enfin la maladie présentant le type intermittent, on avait eu recours au sulfate de quinine, à la dose de quatre grains par jour pendant trois à quatre fois. Ne trouvant pas d'intermittence caractérisée, ne voyant aucun organe affecté d'une manière sensible, j'espère que la diète absolue, les boissons adoucissantes et les sueurs suffiront pour amener la guérison.

État stationnaire pendant huit jours : je m'en étonne; je fais appliquer quelques sangsues à l'épigastre, plutôt dans le but de dégager le système nerveux ganglionnaire que par nécessité. Souvent je pense à la saignée, mais l'absence de tout point douloureux et l'abondance des sueurs m'en éloignent. J'interroge pour savoir si des frissons, des bâillemens, en un mot les signes ordinaires d'un accès fébrile surviennent à quelque heure du jour; on me répond par la négative. Je me demande quelquefois si cette malade serait dans la catégorie de ces cas de fièvre rémittente (et j'en possède plusieurs exemples remarquables) où l'accès fébrile est exclusivement caractérisé par le stade de sueur : mais la rougeur de la langue me paraît une contre-indication au tâtonnement méthodique qu'on doit employer dans les cas douteux.

Tout-à-coup, le 11 septembre, sur le soir, invasion d'accidens très-graves; frisson marqué suivi de suffocation, d'angoisse inexprimable, de nausées, de vomissemens bilieux : ces accidens se dissipèrent pendant la nuit, de telle sorte qu'à la visite du matin la malade était à peu près revenue à son état habituel.

J'explore vainement de nouveau et avec la plus grande attention et le thorax et l'abdomen : aucune douleur, aucun signe de lésion. Soupçonnant néanmoins l'inflammation latente de quelque parenchyme, je prescris vingt sangsues à l'épigastre, deux sinapismes aux pieds, deux vésicatoires aux jambes.

Le 12, à peu près à la même heure que la veille, angoisse inexprimable, sentiment de suffocation imminente; changement continuel de position; efforts continuels de vomissemens et vomissemens de bile visqueuse. Ces symptômes persistent encore à la visite du matin : décomposition des traits, petitesse extrême du pouls. Je demande où est la douleur : *J'étouffe, je meurs*, voilà tont ce que me répond la malade en portant la main tantôt sur le sternum, tantôt sur l'épigastre. Une nouvelle exploration soit de l'abdomen, soit du thorax, ne m'apprenant absolument rien, j'en conclus que nous avions affaire à une fièvre pernicieuse; l'intermittence, observée par M. le docteur Jacquemin au début, la sueur abondante revenant aux mêmes heures, l'invasion brusque et inattendue des accidens, tout enfin fortifiait cette opinion. J'étais tenté de rapprocher ce cas de celui qui fait le sujet de la figure 3; mais ici la région de la rate, palpée, comprimées

dans tous les sens, ne donnait aucun indice de lésion. Prescript. : 12 grains de sulfate de quinine dans une potion; 8 grains matin et soir dans un lavement; pansement des vésicatoires avec le sulf. quinine. Je reviens le soir, craignant de trouver la malade à toute extrémité : elle était beaucoup mieux; elle n'a pas vomi la potion qu'elle a prise en totalité. Nouvelle potion conditionnelle. Envies de vomir; vomissement d'une bile jaune visqueuse; hoquet.

Le 13, la face est foncée en couleur comme de coutume. Le hoquet se dissipe; efforts inutiles de vomissemens; épigastre douloureux. La seconde potion n'a pas été administrée. 15 sangsues sur l'épigastre; 2 lavemens avec 10 grains sulfate quinine pour chaque. Pansement des vésicatoires avec le sulfate de quinine.

Le 14, la douleur scapulo-humérale, qui avait entièrement disparu les jours précédens, reparaît; l'abdomen est souple et indolent; la langue est très-rouge; le pouls est peu fréquent, et sauf les envies de vomir presque continuelles et les vomissemens bilieux, la malade est à peu près la même qu'avant l'invasion des derniers symptômes. Sulfate de quinine en lavement et pour pansement.

Même état jusqu'au 19. Les nausées et les vomissemens persistent; la face est foncée en couleur et exprime la douleur, l'angoisse; la langue toujours rouge; la respiration courte, quoique la malade ne se plaigne pas d'oppression. Les sueurs périodiques n'existent plus. Bien que l'exploration la plus attentive ne me permette de reconnaître aucune lésion, j'ai la conviction intime qu'il existe une inflammation latente fort grave dans quelque parenchyme, et mes idées se portent sur le foie qu'on trouve souvent criblé d'abcès, sans que pendant la vie aucun symptôme ait indiqué leur présence. Je pense d'ailleurs que le canal intestinal n'entre pour rien dans cette maladie. Je supprime entièrement le sulfate de quinine. Saignée au bras. Soulagement. Envies de vomir moins fréquentes.

Les jours suivans, bains, dont la malade se trouve très-bien; sinapismes aux épaules pour remplir une indication à laquelle j'aurais dû peut-être obéir plus tôt. Je ne pense pas que les douleurs aux articulations scapulo-humérales aient été purement sympathiques. Les vomissemens ont entièrement cessé. La respiration est toujours précipitée, mais point de sentiment d'oppression. Je trouve un peu de crépitation à la base du poumon droit. La malade se trouve mieux; elle demande à manger et prend même quelques alimens à mon insu. Mais la fréquence du pouls, l'ensemble des symptômes ne disent que trop qu'il y a quelque inflammation abdominale parenchymateuse terminée par suppuration. J'explore toujours le foie, mais en vain.

Le 26, ictère, ce qui confirme mes soupçons sur l'existence d'une hépatite; mais point de signe local. La langue, très-rouge, humide jusque-là, se dessèche. Vésicatoire sur le côté droit. La malade me demande un bain, que je lui accorde sans inconvénient.

Les 26, 27, 28, tout s'aggrave. Les lèvres et les dents, desséchées, se couvrent d'une croûte noirâtre. La langue est lisse, rouge et sèche. La respiration devient plus fréquente. La malade se trouve bien. Les poumons, l'abdomen explorés tous les jours avec le plus grand soin ne m'apprennent absolument rien. Je les explorai encore le 29, jour de sa mort, qui fut plus prompte qu'on ne pouvait le présumer.

A l'ouverture, j'examinai d'abord le foie qui était dans l'état le plus parfait d'intégrité. Aussitôt mes recherches se dirigèrent sur la rate, car j'avais avancé plusieurs fois que nous trouverions une inflammation dans quelqu'un des organes parenchymateux de l'abdomen, dans le foie ou dans la rate; mais je m'étais arrêté constamment au foie.

La rate est (Planche v, fig. 1) plus volumineuse et surtout plus longue que de coutume; son diamètre vertical est de sept pouces. Sa forme a aussi quelque chose d'insolite : elle est oblongue, représente un cône dont la base est en haut et le sommet en bas, et imite assez bien la rate du cheval. Sa consistance est ferme : sa base B est comme creusée pour recevoir la grosse extrémité de l'estomac sur laquelle elle se moule; on dirait une rate distendue par une injection, et sa surface n'offre aucune des ces rides qui annoncent la vacuité ou plutôt le défaut de distension des cellules spléniques. De plus, elle est enveloppée dans une espèce de coque pseudo-membraneuse, granuleuse; ici plus, là moins épaisse. Le

diaphragme D, dans toute la portion correspondante à l'extrémité supérieure de la rate, était d'un rouge vif, et cette coloration était due à plusieurs couches de fausse membrane plaquées de rouge qui tapissaient la face inférieure de ce muscle. Ce plaqué rouge était dû à de petites masses de sang. Les vaisseaux n'avaient pas encore eu le temps de s'organiser. La fausse membrane splénique enlevée, je suis frappé des inégalités de couleur que présente la surface de la rate. L'extrémité supérieure B' était marbrée de blanc et de rouge; ailleurs, c'étaient des plaques PPP irrégulières, des espèces d'îles, ici foncées en couleur, d'un rouge noir; là, blanchâtres. Il était facile de voir qu'à ces différences de coloration correspondaient des lésions d'organisation. On pouvait encore reconnaître à l'extérieur des différences notables dans la consistance, laquelle était naturelle dans les parties qui avaient conservé leur coloration rouge et beaucoup plus considérable que de coutume dans les parties décolorées ou noirâtres.

Ces observations préliminaires terminées, j'ai divisé la rate dans toute sa longueur de la face convexe vers la face concave, et alors se sont présentées (fig. 2) des infiltrations de pus concret PPP correspondantes aux plaques extérieures et s'étendant plus ou moins profondément et irrégulièrement dans l'épaisseur de l'organe. Au moment de la section de la rate, la couleur de ces masses infiltrées de pus était tout-à-fait semblable à la couleur extérieure. La différence qui apparaît sur les figures tient à l'action de l'air. Les couches adjacentes du tissu splénique sont denses et d'un rouge beaucoup plus intense que de coutume. On voit tous les degrés, toutes les nuances de couleur qui sont la suite de l'inflammation; l'induration rouge-noir IS, qui est formée par le sang concret; l'induration lie de vin clair IS' formée par un mélange de sang et de pus concret; l'induration blanchâtre PPP formée par du pus concret. Dans un point seulement j'ai trouvé un petit foyer pisiforme FP de pus liquide. Du reste, la partie saine du tissu de la rate est couleur lie de vin peu foncée; sa mollesse, qui d'ailleurs ne présente rien d'insolite, contraste avec la densité du tissu malade; tandis que, par une légère pression, on fait suinter du premier une bouillie rougeâtre, on n'obtient rien du second par une pression beaucoup plus considérable. Je dois ajouter qu'ayant soumis à la putréfaction une moitié de cette rate, la portion malade y a résisté beaucoup plus que la portion saine.

Tous les autres organes sont parfaitement sains; le canal alimentaire en particulier, le foie, les poumons ont été examinés avec la plus grande attention. La crépitation du poumon n'est donc pas un signe constant de pneumonie.

Réflexions. — Ainsi cette malade a succombé à une inflammation sub-aiguë de la rate, et pourtant aucun symptôme local n'a indiqué cette inflammation : voilà donc expliqué tout ce qu'il y a eu de périodique et dans les premiers jours et à une époque plus avancée de la maladie. Cette splénite a-t-elle été la cause, a-t-elle été l'effet de la fièvre? Elle me paraît cause au même titre que la pneumonie l'est de la fièvre pneumonique. Toutes les maladies de la rate que j'ai eu occasion d'observer ont présenté un caractère de rémittence ou d'intermittence que je me suis expliqué par la rémittence ou l'intermittence des fonctions de cet organe; et, si dans les premiers accès d'une fièvre intermittente il est permis de douter si la rate joue un rôle tel quel dans la maladie, il ne peut y avoir aucune espèce de doute à une époque plus avancée. J'ai donné mes soins à un grand nombre de fébricitans chez lesquels chaque accès était caractérisé non-seulement par un sentiment de gêne, de tuméfaction et même de douleur à la rate accusé par des malades, mais par une augmentation de volume manifeste pour le médecin. Il n'est d'ailleurs personne qui n'ait vu des obstructions réduites de moitié, des trois-quarts, reprendre tout leur développement antérieur à la suite de plusieurs accès fébriles.

Dans le plus grand nombre de cas, la fluxion sanguine sur la rate, qui accompagne (si toutefois elle n'en est pas la cause matérielle) les accès fébriles, ne passe pas à l'état inflammatoire; cependant l'analogie qui existe entre cette fluxion sanguine et l'inflammation se manifeste par

les adhérences quelquefois intimes que contracte la rate avec le diaphragme, adhérences qui se propagent même à la plèvre, et s'étendent de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, de la plèvre diaphragmatique à la base du poumon; elle se manifeste encore par les concrétions cartilagineuses et osseuses dont elle s'encroûte, et qui coexistent toujours avec des adhérences. J'ai connu des individus qui, à la suite de fièvres intermittentes, avaient conservé une gêne dans la respiration qui les empêchait de faire une longue course. Un de ces individus étant mort, je trouvai dans des adhérences semblables à celles que je viens d'indiquer la cause de tous ces symptômes. Je ne connais aucun organe qui présente autant de variétés individuelles que la rate sous le rapport du volume, de la couleur, de la consistance; j'ai pu m'assurer qu'une grande source de ces variétés était dans des fièvres intermittentes antérieurement éprouvées.

La fluxion sanguine sur la rate qui accompagne, si toutefois elle ne produit pas la fièvre intermittente, a donc beaucoup de points de contact avec la fluxion inflammatoire, et cette analogie est d'autant plus grande que la fièvre se rapproche davantage du type quotidien et surtout du type rémittent : si dans ce cas on ne se hâte d'arrêter la fièvre, non point par de faibles doses, mais par de fortes doses de fébrifuge, bien loin d'enlever la fièvre, c'est-à-dire d'après ma manière de voir, la disposition à la fluxion sanguine sur la rate, on change cette fluxion sanguine en fluxion inflammatoire: mieux vaudrait sans contredit la méthode expectante dans toute sa rigueur. En général évitons en thérapeutique les demi-moyens; trop faibles, ils ne peuvent que modifier, dénaturer. Ce sont des gouttes d'eau jetées au milieu de flammes ardentes; si elles paraissent un instant diminuer la violence de l'incendie, ce n'est que pour le rendre plus dévorant. Elles prennent un temps précieux, le temps d'opportunité, se plient à toutes les doctrines, substituent à la marche franche et sévère du praticien, qui échoue peut-être quelquefois, mais qui sait pourquoi il échoue, une marche oblique, incertaine, flexible, qui ne peut se rendre compte ni de ses succès, ni de ses revers. Faut-il saigner, c'est une petite saignée incapable de nuire par cela seul qu'elle est incapable d'être utile. Faut-il un vomitif, c'est un petit vomitif qui fatigue incomparablement plus qu'un vomitif efficace, lequel est rendu avec la matière vomie. Faut-il purger, faut-il administrer le quinquina, c'est toujours par doses minimes qu'on procède : on avance, on recule; tout paraît un écueil; le soir on trouve une contre-indication de ce qu'on a fait le matin; on arrive ainsi en tremblant au terme heureux ou malheureux de la maladie. Demandez à ces médecins ce qui a guéri leur malade, ou ce qui a pu lui nuire, demandez-leur un plan de traitement pour des cas semblables. Certes ce n'est pas de l'éclectisme, ce n'est pas non plus de la prudence, c'est ou de la faiblesse, ou de l'ignorance, ou une mauvaise éducation pratique.

Il y a une différence énorme entre une fièvre continue primitive et une fièvre continue suite de fièvre intermittente inutilement et mollement combattue. Quelque chose de la maladie primitive surgit de temps en temps du milieu des symptômes de la maladie consécutive. Quelqu'un des viscères splanchniques est affecté : la rate peut-être? Le traitement antiphlogistique doit être employé avec une extrême prudence; mais il doit l'être, et souvent à sa suite l'intermittence reparaît pour céder au fébrifuge. Mais n'espérez pas dans le plus grand nombre des cas un accès complet : le stade de froid, souvent le stade de chaud, manquent entièrement : des sueurs abondantes, survenant à la même heure, m'ont souvent suffi pour administrer le fébrifuge à large main, et le succès a souvent couronné cette pratique qui pouvait paraître hardie, mais qui était justifiée par le défaut de succès des moyens antiphlogistiques ou de toute autre médication, et par l'absence de douleur.

Dans le cas qu'on vient de lire, bien que la rate fût le siége de suppuration, ne voit-on pas l'effet non équivoque du traitement fébrifuge, l'accès pernicieux arrêté; mais la rate était enflammée, elle n'était pas seulement le siége d'une fluxion sanguine considérable; l'inflammation devait parcourir ses périodes, le mouvement fébrile symptomatique persister. Le quinquina n'est point un antiphlogistique. Non, je ne pense pas que cette maladie fût au-dessus des ressources de l'art bien dirigées. Il faut que son issue funeste ne soit pas perdue pour l'avenir; l'anatomie

pathologique ne doit pas être une contemplation stérile de la mort; elle est appelée à jeter une vive lumière sur les symptômes souvent si incohérens des maladies, et à diriger les applications thérapeutiques.

Voici le fait présenté sous la forme de problème, forme que j'adopterai désormais pour rédiger mes observations d'après un but essentiellement thérapeutique.

Étant donnés les symptômes suivans : *face très-colorée; langue rouge; pouls médiocrement fréquent; sueurs très-abondantes le matin; point de douleur: aucun organe ne donnant d'indice d'une lésion quelconque. — Quinze jours de maladie, accès intermittens présumés les premiers jours. Un vomitif, une saignée, de faibles doses de sulfate de quinine ont été employés. Déterminer,* 1° *le caractère de la maladie,* 2° *les indications à remplir.*

L'exploration la plus attentive ne démontre aucun point de départ manifeste; les sueurs sont très-abondantes et reviennent à des heures régulières, mais il n'y a pas d'intermittence. J'observerais la malade; et, après une expectation raisonnable, je ferais pratiquer une saignée, et je me conduirais ensuite d'après les résultats. Il est probable que la saignée n'aurait pas mieux réussi que les sangsues. Alors, fort des sueurs intermittentes et de ce qui a précédé, j'aurais recours au fébrifuge à dose suffisante. Je ne sais si ce traitement aurait réussi, mais il serait rationnel. Il m'aurait peut-être été difficile d'inscrire sur la feuille d'observations le nom exact et précis de la maladie, mais j'aurais dit : quel que soit l'organe affecté, la maladie doit être classée parmi les rémittentes; et le type rémittent, inconnu dans sa nature et dans son siége, entraîne l'emploi du fébrifuge. On aura beau faire; il sera bien difficile d'arriver, dans un certain nombre de cas, à une précision de diagnostic qui ne laisse rien à désirer, cherchons donc à établir les indications thérapeutiques sur des bases plus larges que l'organe affecté et le mode d'affection de l'organe. Les phénomènes sympathiques de la circulation et de l'innervation sont souvent, pour le thérapeutiste, bien plus importans que le diagnostic le plus matériellement positif sur le siége, et c'est cette grande vérité, base de la thérapeutique pratique, que proclamaient les grands observateurs, Sydenham, Baillou, lorsqu'ils parlaient des constitutions épidémiques qui planaient pour ainsi dire sur les maladies de toute une saison, d'une médication constante, uniforme, quel que fût le siége, quelle que fût la forme de la maladie. Ce qui tue dans le plus grand nombre des cas, ce n'est pas le mal local, à moins qu'il ne s'oppose mécaniquement à l'exercice d'une fonction importante; c'est le trouble général de l'innervation: rendez-vous maître de ce trouble général en obéissant aux indications qu'il vous fournit, et, la maladie une fois localisée, vous aurez le temps d'agir; la nature, rentrée dans un état voisin de l'ordre, pourra opérer la résorption de ce liquide épanché, résoudre, cicatriser. Elle peut au besoin se passer d'une bonne portion d'organe, et même quelquefois de la totalité d'un organe.

Ramollissement en pulpe de la rate.

(PLANCHE V, FIGURE 3, IIe LIVRAISON.)

De toutes les lésions de la rate, les plus remarquables sont sans contredit son induration et son ramollissement. La première s'accompagne presque toujours d'une augmentation de volume et de pesanteur spécifique, d'une fragilité variable, qui disparaît d'ailleurs à la longue pour faire place à une cohérence, à une compacité telles que je n'en ai jamais observé de semblables dans aucun autre tissu, à moins de transformation fibreuse. Plus de cellules, plus de pulpe; c'est une chair dense, dans l'épaisseur de laquelle on rencontre quelquefois, autour des vaisseaux, une couleur jaune orangé, indice constant d'extravasation sanguine antérieure. Cette lésion s'accompagne d'adhérences filamenteuses, fibreuses, très-serrées avec cartilaginification, ossification par grains, par plaques, ou bien dans la totalité des membranes d'enveloppe. Cet état constitue bien plutôt une hypertrophie qu'une inflammation proprement dite, et ce

n'est que dans des cas fort rares qu'on rencontre en même temps du pus, soit combiné, soit ramassé en foyer.

Dans le ramollissement, la rate n'acquiert jamais un volume aussi considérable que dans l'induration. Il est peu ordinaire de la voir dépasser le triple du volume naturel. Cependant on a vu des rates ramollies qui pesaient de sept à huit livres. Ce ramollissement est quelquefois partiel; plus souvent il est général : il présente plusieurs degrés; et au summum de cette altération, la rate est convertie en une pulpe boueuse, inorganique, contenue dans une poche formée par ses membranes distendues et fragiles, en sorte qu'il suffit du plus léger contact pour la déchirer. M. le docteur Bally, dans son ouvrage sur les fièvres pernicieuses observées à l'hôpital Saint-Esprit de Rome, assure même avoir vu une ou plusieurs crevasses qui s'étaient faites spontanément pendant la vie. La boue splénique est tantôt décolorée, tantôt d'une couleur brun-marron. J'ai conservé pendant plusieurs années du papier teint avec ce liquide.

Il n'est pas fort rare de rencontrer le ramollissement de la rate chez des individus qui présentent d'ailleurs d'autres lésions capables d'expliquer les symptômes observés pendant la vie. Je pense même que c'est cette coïncidence assez fréquente qui a fait regarder l'altération de la rate comme une chose de peu d'importance, éventuelle, peut-être même cadavérique.

C'est ainsi que nous lisons, dans les recueils d'observations, des exemples de fièvres adynamiques, d'entérites et autres maladies aiguës ou chroniques, dans lesquels il est fait mention de ramollissement de la rate, sans qu'on ait cherché, dans le plus grand nombre de cas, à faire la part de cette singulière altération.

Ce qu'il importe aujourd'hui, c'est d'établir d'une manière positive le rôle que joue le ramollissement de la rate dans l'histoire de la maladie. Les faits suivans pourront concourir à la solution de cette question importante.

Ramollissement aigu de la rate.

(PLANCHE II, FIGURE 3, IIe LIVRAISON.)

Madame N., âgée de trente ans, lymphatique, épuisée par des chagrins de toute espèce, éprouve un peu de fièvre le 10 août, se plaint le 11 d'une lassitude générale, ce qui ne l'empêche pas de sortir, me fait appeler le 12 et présente l'état suivant :

Violente céphalalgie; mal au cœur sans envie de vomir (ce sont les propres expressions de la malade); sentiment d'oppression, bien que la respiration soit parfaitement libre : brisement des membres; pouls vif, fréquent; langue rouge; soif; vives inquiétudes sur son état. L'abdomen exploré avec la plus grande attention paraît dans l'état naturel. La malade dit que son mal est au niveau des fausses côtes gauches. Douze sangsues à l'épigastre qui donnent médiocrement : néanmoins affaiblissement très-grand de la vue, défaillance, sueur; cependant, au bout de quelques heures, la vue se rétablit, le sentiment de faiblesse disparaît : la nuit est bonne.

Le 13, rien de remarquable. La nuit du 13 au 14 est extrêmement mauvaise; malaise très-grand : agitation. Le pouls est fréquent, plein et dur; la langue rouge et sans enduit. La malade, pour me rendre compte de ce qu'elle éprouve, me dit que son état ressemble à celui d'une personne qui a mangé quelque chose de lourd et d'indigeste. L'exploration la plus exacte ne me fait découvrir aucun point sensible. La malade me montre toujours les fausses côtes gauches comme le siége de son mal. — Vingt sangsues sur l'épigastre. Orge, chiendent, sir. gomm.; cataplasmes et lavemens émolliens. — Les règles paraissent le soir.

Pouls moins fréquent le 15; nulle douleur, mais sentiment de malaise. Le soir, défaillances qui se renouvellent toute la nuit; angoisses; agitation. La malade a besoin d'un courant d'air, demande sans cesse qu'on lui frictionne les membres supérieurs. Sueur considérable, mais sans amendement. — Potion avec sirop d'éther.

Toute la journée du 16 est excellente : bien-être. Peau naturelle; pouls presque naturel pour la fréquence. J'espère que la maladie sera terminée : la nuit est très-bonne.

Le 17 au matin, le malaise général, l'angoisse reparaissent plus fortement que jamais. La malade ne peut préciser le siége de son mal; mais il lui semble toujours qu'il vient de l'hypochondre gauche. La face est décolorée : le pouls petit, fréquent : besoin d'un courant d'air frais à l'aide d'un éventail, de frictions rudes sur les membres supérieurs, faute de quoi elle est dans un état lypothimique permanent : le moindre mouvement, l'action de parler amènent des défaillances. Le contraste de l'état actuel à celui de la veille, l'invasion brusque des symptômes alarmans me font penser que nous avons affaire à une fièvre rémittente pernicieuse : et en effet, le soir, il survient une sueur qui se prolonge toute la nuit et même le matin.

Le 18, le mieux est manifeste. L'indication du quinquina me paraît évidente : forte décoction de quinquina; un verre toutes les trois heures. La malade en prit quatre verres seulement dans la journée.

La nuit du 18 au 19, sur les deux heures du matin, retour du malaise, de l'angoisse et de l'agitation. Besoin continuel de changer de place, d'un courant d'air ou de frictions aux membres supérieurs. Soupirs de temps en temps.

Le 19 au matin, le pouls est vif et fréquent : sentiment de chaleur insupportable, surtout à la paume des mains, où la malade tient habituellement des boules de marbre. Langue très-rouge au pourtour et un peu sèche. Douze sangsues à l'épigastre : aussitôt après leur chute, décoloration complète de la face; pouls très-faible; défaillances continuelles; perte de la vue : on ne peut soutenir la vie qu'en pratiquant des frictions alcooliques et en agitant l'air qui entoure la malade au moyen d'un éventail. — Sinapismes aux pieds; potion éthérée, et néanmoins les défaillances persistent toute la journée. Pouls petit, fréquent, irrégulièrement intermittent; le soir, l'agitation remplace les défaillances; moiteur. Je me repens de n'avoir pas administré la veille le quinquina à fortes doses. Douze grains de sulfate de quinine dans six onces d'eau; une cuillerée d'heure en heure. La vie de la malade me paraît dépendre de la possibilité d'administrer cette dose de fébrifuge pendant la durée de la rémission; mais, soit répugnance de la malade, soit négligence des personnes qui l'environnent, quatre cuillerées seulement sont prises pendant la nuit. A notre visite du matin, nous en administrons trois cuillerées à la fois : mais le temps d'opportunité était passé. Quelques heures après, défaillances plus grandes que jamais; pouls grêle, intermittent; sueur froide; face cadavéreuse, hoquet que j'entends pour la première fois, et qui paraît s'être montré à de longs intervalles les jours précédens; de plus, l'estomac ne peut rien supporter : une douleur très-vive à l'épigastre est la suite de l'ingestion des liquides les moins irritans, même de l'eau sucrée. La malade porte continuellement la main sur les dernières côtes gauches en me demandant si je n'y trouvais rien, que son mal était là; mais j'avais beau palper, presser assez fortement et sur les côtes et au-dessous, je ne découvrais aucune tumeur, je ne développais aucune sensibilité.—Potion avec un grain d'extrait gommeux d'opium. Sinapismes qu'on promène sur plusieurs points : vésicatoires aux jambes. — Tous les irritans sont sentis, mais point d'amendement.

Le 21, les défaillances ont cessé : sentiment de mieux être; mais la petitesse excessive du pouls démontre assez que ce mieux n'est qu'apparent. L'eau fraîche blanchie avec du lait est la seule boisson qui passe sans douleur. — Vésicatoire à l'épigastre; deux demi-lavemens avec douze gouttes de laudanum. — Le soir, délire pour la première fois; agitation, force musculaire qui contraste singulièrement avec son état antérieur. Hoquet. Mort à neuf heures du soir.

Avant l'ouverture, je me demandais à quelle maladie j'avais affaire. Il ne pouvait exister sur ce point que deux opinions. Était-ce une gastrite? Était-ce une fièvre rémittente pernicieuse syncopale? Dans tous les cas, il était évident que le siége de tous les symptômes était dans l'estomac ou ses dépendances; que les défaillances continuelles, phénomène observé pendant tout le cours de la maladie, ne pouvaient être rapportées qu'au trouble de ces forces épigastriques d'où proviennent le sentiment de bien-être ou de malaise, de force ou de faiblesse. Le défaut d'efficacité des sangsues, les mauvais effets qu'avaient paru produire la

première et la troisième applications, les rémissions non équivoques qui avaient eu lieu à diverses reprises, les sueurs qui revenaient à des époques régulières, toutes ces circonstances faisaient pencher du côté de la fièvre rémittente. Et, d'un autre côté, l'inutilité du quinquina, la vive irritation de l'estomac qu'avait occasionée son emploi, militaient pour la gastrite. Il est vrai que le quinquina avait été administré un peu tard et à des doses trop faibles pour enrayer une maladie aussi intense.

L'ouverture du cadavre va tout éclaircir. Elle fut faite neuf heures après la mort, et par conséquent point de soupçon d'altération cadavérique notable.

L'abdomen était ballonné, l'estomac contracté; sa face interne présentait des plis longitudinaux, obliquement coupés en losange par d'autres plis beaucoup moins considérables. Ces plis et la muqueuse de la grosse extrémité de l'estomac sont fortement teints en jaune (c'était une teinture cadavérique, la matière colorante de la bile chimiquement combinée avec le tissu muqueux). Petite plaque de pointillé rouge à cette grosse extrémité : quelques points rouges le long du bord libre des plis dont je viens de parler et de quelques valvules conniventes du duodénum. Intestins grêles fortement teints en jaune comme la grosse extrémité de l'estomac (encore teinture cadavérique). Plusieurs plaques de pointillé rouge vers la fin de l'intestin grêle, quelques pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Les gros intestins étaient remplis de matière fécale grisâtre. Injection très-considérable du colon transverse dans l'étendue de trois à quatre pouces.

La rate (fig. 3), que j'examine en dernier lieu, a le double de son volume naturel : elle est d'une mollesse telle que j'ai beaucoup de peine à l'enlever sans la déchirer. Sa couleur (fig. 3) est grisâtre. Elle est convertie en une pulpe d'un gris sale qui s'écoule par la moindre pression; et ce qui reste dans les mains est un parenchyme fibreux qui fait à peine la huitième partie de l'organe, bien que l'expression soit loin d'être complète. Je ne puis mieux comparer cette altération de la rate qu'à la lésion mécanique qui résulterait du broiement de cet organe, en ajoutant toutefois une plus grande quantité de liquide.

Les vaisseaux du foie étaient gorgés de sang, et cependant sa substance était pâle. Les organes contenus dans la cavité thoracique étaient parfaitement sains. — Le cerveau et le rachis ne purent pas être examinés.

Réflexions. — Ici deux altérations se présentent : 1° les petites plaques de pointillé rouge disséminées dans l'estomac, le duodénum et la fin de l'intestin grêle, et qui, toutes réunies, ne formaient pas une surface égale à la paume de la main; 2° le ramollissement jusqu'à désorganisation de la rate. Il me semble que l'interprétation de ces deux lésions, relativement au rôle qu'elles ont joué dans la maladie, ne peut être équivoque. Le rouge ponctué indique en général une inflammation récente, quand il se borne, comme ici, à quelques points isolés, et quand il n'est accompagné ni d'épaississement, ni d'extravasation sanguine notables. Il ne pourrait donner la raison suffisante des symptômes graves que dans les cas où il occuperait une grande étendue, et ici il était extrêmement circonscrit. Je suis porté à croire que l'irritation qui a présidé à la formation des petites plaques rouges date de l'époque où la malade a accusé une vive douleur dans l'estomac, c'est-à-dire du 19, immédiatement après l'administration du sulfate de quinine : je le crois d'autant plus que ce médicament actif a été employé pour ainsi dire en désespoir de cause pendant la durée de l'accès et non point dans l'intermission, que dès ce moment l'estomac n'a pu rien supporter.

L'altération essentielle, celle qui me paraît avoir dominé la maladie, c'est le ramollissement de la rate. Qu'on se rappelle que, dès le premier jour, la malade disait qu'elle avait mal au cœur sans envie de vomir, qu'elle me montrait sans cesse les fausses côtes gauches, me disant que son mal était là, et que je devais y trouver quelque chose. Enfin l'état lipothymique presque continuel, la décoloration de la face, et la mort, ne s'expliquent-ils pas par la désorganisation imminente d'abord, puis consommée, d'un viscère aussi abondamment pourvu de vaisseaux et surtout de nerfs ganglionnaires que la rate?

On me demandera peut-être maintenant quelle idée je me forme de la nature ou de la cause prochaine de ce ramollissement, s'il est le résultat d'une inflammation ou bien d'un travail de toute autre nature ? Pour répondre à cette question d'une manière positive, il faudrait connaître exactement toutes les formes que peut revêtir l'inflammation, toutes les modifications qu'apporte à ce grand phénomène pathologique la texture des organes; il faudrait surtout connaître la nature et la cause prochaine de l'inflammation : j'avoue que de semblables questions me paraissent encore prématurées; mais ne peut-on pas se rendre compte du ramollissement de la rate par une fluxion sanguine brusque qui, portant les cellules spléniques au-delà de leur extensibilité naturelle, opérerait leur lacération ?

Au reste, ce qui est bien plus important encore, c'est de déterminer quel est le mode de traitement convenable dans les cas de cette espèce. On a dû remarquer que ma première idée était que j'avais affaire à une gastrite; mais que les mauvais effets des antiphlogistiques, les rémissions et les paroxysmes non-équivoques, les sueurs régulières m'amenèrent à l'idée d'une fièvre rémittente. L'insuccès du quinquina doit-il faire repousser cette idée? Je ne le pense pas, et je me fonde, d'une part, sur l'emploi tardif et à dose trop faible de ce médicament; et, d'une autre part, sur la constitution épidémique, qui fit de grands ravages, et dont cette malade fut le premier exemple et la première victime. Il régna en effet à cette même époque, dans un rayon très-considérable, une épidémie de fièvres rémittentes très-graves, dont plusieurs présentèrent la forme que je viens d'indiquer. La presque totalité nous offrit des symptômes d'irritation du côté de différens organes et surtout des organes épigastriques. Quelquefois des saignées locales furent avantageuses; mais l'expérience nous apprit bientôt que le véritable remède était le quinquina administré à temps et à dose convenables; que dans beaucoup de cas une langue sèche, rouge et noire n'était pas une contre-indication. Les revers terribles qu'éprouvèrent quelques praticiens qui insistèrent outre mesure sur la méthode antiphlogistique et qui n'eurent pas recours au spécifique, sont la preuve de ce que j'avance. Je suis persuadé, et je le dis avec douleur, que cette malade eût été sauvée par le quinquina administré dans le temps d'opportunité et en suffisante quantité. La crainte de l'irritation me liait les mains : depuis cette époque je n'ai plus hésité. J'ai retrouvé plusieurs fois les mêmes symptômes, et je les ai toujours combattus avec succès.

Je terminerai ces réflexions par une observation pratique qui me paraît de la plus haute importance, c'est que les évacuations sanguines employées pendant le frisson ou au moment de l'invasion sans froid des accès des fièvres rémittentes, sont extrêmement nuisibles. Nous avons vu, dans l'observation ci-dessus, les mauvais effets d'une application de sangsues faite dans cette dernière circonstance. Je me rappellerai toujours l'observation d'une jeune fille âgée de seize ans, affectée de fièvre rémittente avec prostration des forces, sécheresse et rougeur de la langue : elle était au troisième jour de la maladie qui avait débuté par deux accès de fièvre tierce avant de devenir rémittente. Une douleur vive, augmentée par la pression, existait à l'épigastre et surtout à l'hypogastre. Je crus devoir faire précéder de quelques sangsues l'emploi du quinquina. Huit sangsues furent partagées entre les deux points douloureux. Il était onze heures du matin lors de leur application; le sang coula tout le jour et toute la nuit. C'était le lendemain sur les dix heures que devait avoir lieu l'accès. Les piqûres saignaient encore : alors lipothymies continuelles, froid des extrémités, décoloration complète de la face, pouls misérable d'abord, puis nul; respiration rare, suspirieuse. Rien ne put ranimer la jeune malade, qui expira, malgré les stimulans les plus énergiques, soit intérieurs, soit extérieurs.

Ramollissement chronique de la rate.

(PLANCHE I^re^, FIGURE 4, II^e^ LIVRAISON.)

Fig. 4. La figure 4 représente la rate d'une malade qui succomba à la même époque que celle dont on vient de lire l'histoire. Voici le précis de son observation :

Je suis appelé en consultation auprès de madame A., que je trouve dans l'état suivant : coma profond; immobilité; insensibilité complète des extrémités supérieures; un peu de sensibilité aux extrémités inférieures. Les membres soulevés tombent comme une masse inerte. Face décolorée, jaunâtre; pupilles contractées, immobiles. La respiration est régulière; le pouls régulier, peu fréquent. Nous portons tous un prognostic fâcheux. Voici les commémoratifs : la maladie avait débuté dix à douze jours auparavant par un violent mal de tête pour lequel on avait appliqué plusieurs fois les sangsues, soit à l'anus, soit à l'épigastre. La veille encore, une application avait été faite sur l'épigastre, qui était devenu très-sensible; les sangsues avaient donné toute la nuit et avaient jeté la malade dans une syncope qu'avait immédiatement suivie l'état comateux. De nouvelles questions me donnèrent la certitude qu'il y avait fièvre rémittente, que les paroxysmes ou plutôt les accès revenaient tous les soirs et étaient par fois précédés de froid aux pieds. Dès-lors je pus me rendre compte de ce qui s'était passé; l'effet des sangsues s'était prolongé jusqu'au moment de l'invasion de l'accès, d'où les syncopes et l'état grave où nous la trouvions.

Déjà des vésicatoires aux jambes avaient été placés. Nous prescrivîmes des sinapismes aux pieds, un vésicatoire à la nuque; impossible de lui desserrer les dents. Je ne revis plus la malade. J'appris par la voix publique qu'elle était sortie comme par miracle d'un état aussi fâcheux. Quinze jours après, je fus appelé de nouveau auprès d'elle pour des vomissemens et des efforts de vomissemens continuels qui avaient résisté à tous les moyens employés par le médecin ordinaire; voici ce qui s'était passé depuis ma première visite : l'état comateux où nous avions laissé la malade avait disparu subitement au bout de vingt-quatre heures pour faire place à un état d'apyrexie presque complète; mais, à la suite d'erreurs dans le régime, le mouvement fébrile avec paroxysmes s'était bientôt reproduit accompagné de nausées, d'un sentiment continuel d'angoisse, d'efforts de vomissemens que rien ne pouvait arrêter. D'ailleurs la face est altérée, jaune paille, comme à la suite des fièvres rémittentes ou intermittentes de longue durée ou des pertes utérines; anxiété; pouls petit, un peu fréquent. L'abdomen exploré, même avec force, dans toutes ses régions, ne fait pas éprouver la moindre douleur. Tout avait été successivement employé, un grand nombre de calmans, de dérivatifs. Le temps des fébrifuges était passé : la maladie aurait peut-être cédé comme par enchantement à ce moyen dans le principe : aujourd'hui il ne ferait que l'exaspérer; il y a changement de nature dans la maladie, au moins sous le rapport thérapeutique. J'ai suivi cette malade pendant un mois et demi encore, c'est-à-dire jusqu'à sa mort. Je ne sais pas ce qui n'a pas été tenté; mais toujours inutilement. Au milieu de l'intégrité bien constatée de l'appareil nerveux de relation, des viscères thoraciques et même de tout le canal intestinal, l'estomac repousse toujours par le vomissement les boissons les plus douces données à toutes les températures; le hoquet est presque habituel. La malade dépérit à vue d'œil; son pouls conserve son caractère de petitesse : le sentiment d'angoisse, la conscience d'une fin prochaine ne l'abandonnent pas un seul instant. Elle s'éteignit dans le marasme.

Quel était l'organe malade? J'avais d'abord pensé au ramollissement de la rate; mais la longueur de la maladie m'avait dissuadé de cette idée : je ne pouvais soupçonner de lésion que dans le foie ou l'estomac. A l'ouverture, nous trouvâmes l'estomac parfaitement sain, le foie d'un vert olive très-prononcé, mais d'ailleurs sans aucune altération. La rate, beaucoup plus volumineuse que de coutume (fig. 4), était d'une couleur brun-marron foncé; sa mollesse était telle qu'on eût dit qu'elle était formée par un liquide boueux contenu dans une poche unique. J'y fis une ouverture, et à l'aide d'une pression légère j'obtins un liquide de consistance de bouillie claire, que je reçus dans une fiole; la couleur de ce liquide était d'un brun marron foncé; étendu sur du papier, il donnait la couleur indiquée sur la figure, et cette couleur n'est autre chose qu'une nuance de la mélanose.

MALADIES DE LA PAROTIDE, DU LARYNX ET DES YEUX

(PLANCHE V, XXXIX^{e} LIVRAISON.)

Fig. 1. *Parotide suppurée.*

La figure 1 représente une glande parotide en suppuration, observée chez un sujet mort d'entérite folliculeuse. On voit au milieu de la parotide une multitude de petits abcès pisiformes, sans communication les uns avec les autres: le pus est jaune verdâtre, visqueux, et, en quelque sorte, muqueux. C'est cette viscosité, qu'on a cherché à indiquer sur la figure par une pince, à l'aide de laquelle le pus est allongé en filamens. Tous les conduits excréteurs de la parotide, y compris le canal de Sténon CSO, sont distendus par du pus, qu'on pouvait faire suinter par l'orifice buccal de ce canal, au moyen d'une pression légère.

L'anatomie pathologique des glandes parotides est encore à faire. Mes dissections m'ont permis d'établir trois espèces bien distinctes d'inflammation de ces glandes: 1° inflammation des conduits excréteurs et des grains glanduleux parotidiens eux-mêmes; 2° inflammation du tissu cellulaire de la parotide; 3° inflammation des veines intra-parotidiennes. Je ne crois pas devoir classer, parmi les parotides proprement dites, l'inflammation des ganglions lymphatiques parotidiens, dont plusieurs sont contenus dans l'épaisseur de la glande parotide elle-même. L'espèce la plus fréquente est, sans contredit, l'inflammation des conduits excréteurs et des granulations : l'observation suivante appartient à cette dernière catégorie.

Une vieille femme de la Salpétrière, âgée de 84 ans, fut prise sans cause connue d'une parotide avec sécheresse extrême de la cavité buccale et de la langue en particulier, qui était fendillée, comme rôtie et souillée de sang; et comme la malade paraissait être aussi bien que de coutume, la veille de l'invasion, je crus avoir affaire à une parotide essentielle. Quelques jours après, oppression et mort par asphyxie.

A l'autopsie, je trouvai que la grande tuméfaction de la région parotidienne était due, en partie, à l'œdème, en partie à la parotide elle-même, dont le tissu était marbré de rouge et de blanc: le blanc, c'était du pus visqueux. Tous les canaux excréteurs et le canal de Sténon en particulier, en étaient remplis, comme dans la figure 1 : chaque grain glanduleux était converti en un petit kyste purulent à parois extrêmement injectées. L'inflammation était limitée à la glande parotide. La glande sous-maxillaire était parfaitement saine, bien que la parotide parût empiéter sur elle. La veine jugulaire externe était, à sa sortie de la parotide, remplie de sang coagulé et adhérent. Les veines contenues dans l'épaisseur de la parotide ne m'ont pas paru enflammées. L'estomac et les intestins étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité. Les reins ont appelé mon attention. J'ai noté l'adhérence intime de leur capsule fibreuse, la disposition granuleuse de leur surface avec des dépressions probablement dues à des atrophies partielles. L'un de ces reins présentait du pus infiltré à sa circonférence, dans un espace oblong, du volume d'une olive. Au centre de cette partie infiltrée de pus, se voyait une espèce de foyer, formé par du pus presque liquide.

Réflexions. Dans le cas précédent, les granulations étaient enflammées aussi bien que les conduits excréteurs; mais dans d'autres cas, le tissu de la glande parotide est respecté et l'inflammation limitée aux conduits excréteurs eux-mêmes, en sorte que l'inflammation semble marcher du canal de Sténon vers les divisions et non point des divisions vers ce canal; et comme toutes les parotides que j'ai observées ont été précédées d'une inflammation érythémateuse plus ou moins vive de la membrane buccale, je serais tenté de croire que c'est par continuité de tissu que l'inflammation s'est propagée de la muqueuse de la bouche à la muqueuse du canal de Sténon et des divisions de ce canal jusqu'aux grains glanduleux. La suppression de sécrétion salivaire qui précède le développement des parotides n'est-elle pas un premier phénomène de l'inflammation.

L'inflammation des parotides, pendant le cours de l'entérite folliculeuse, est un des faits les plus remarquables de cette maladie: tantôt les deux parotides sont simultanément envahies, tantôt elles le sont successivement; enfin, il n'est pas rare de voir l'inflammation limitée à une parotide; presque toujours les parotides apparaissent à une période avancée de l'entérite folliculeuse, rarement dans la période d'accroissement, jamais au début, et, à peu d'exceptions près, son apparition est de très mauvais augure. On compte les cas dans lesquels les malades af-

fectés de parotides, ont guéri, et, pour mon compte, je n'ai observé de guérison d'entérite folliculeuse avec parotides, que dans les cas rares où les parotides sont survenues à une époque peu avancée de la maladie; tandis que les cas où les parotides ont été l'avant-coureur d'une fin prochaine, qu'ils ont presque toujours précipitée, sont innombrables. La distinction scholastique des parotides en *critiques*, c'est-à-dire qui exercent sur la marche de la maladie une influence salutaire, et en *symptomatiques*, me paraît en opposition avec les faits. Pour ce qui me regarde, je n'ai jamais observé de parotides critiques.

Quel rapport existe-t-il entre ces parotides symptomatiques qui sont liées à une altération aussi profonde de l'économie, et ces gonflemens si fréquens et presque toujours épidémiques des régions parotidiennes et sous-maxillaires, connues sous le nom d'*oreillons?* Le tissu propre de la parotide est-il affecté dans ces œdèmes douloureux, inoffensifs qui disparaissent quelquefois si rapidement pour faire place à un gonflement de même nature du testicule? je l'ignore; mais ce qu'il y a de certain, c'est que je ne connais aucun exemple d'oreillons épidémiques terminés par suppuration. Je n'ai observé qu'un cas dans lequel ces oreillons aient eu une conséquence fâcheuse, la surdité presque complète d'un côté. La mort des malades affectés d'entérite folliculeuse, qui succombent avec des parotides ayant lieu à des époques différentes, on trouve, à l'autopsie, les lésions appartenant aux diverses périodes de l'inflammation, depuis l'œdème avec injection veineuse, jusqu'à la suppuration disséminée, et même la suppuration avec foyer. Il est rare de voir, dans l'entérite folliculeuse, le malade résister assez long-temps pour que la fluctuation se manifeste à la parotide, et, par conséquent, pour qu'on se décide à pratiquer une ouverture, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le caustique. — Le caustique a été vanté surtout à une époque où l'on rapprochait les parotides des bubons pestilentiels. Quant à moi, je préférerais de beaucoup l'instrument tranchant, et comme moyen plus expéditif de donner issue au pus, et comme laissant moins de traces dans le cas de guérison, et surtout comme seul propre à lever l'étranglement dans une maladie où l'étranglement me paraît jouer un rôle des plus importans. Dans tous les cas de parotides suppurées que j'ai observés, il y avait gangrène en même temps que suppuration. J'ai eu l'occasion rare de voir une inflammation parotidienne parcourir toutes ses périodes pendant la vie de la malade. Voici le fait :

Une femme de 50 ans environ présentait tous les signes physiques et rationnels d'un cancer au foie. A une période avancée de cette maladie, la bouche devint sèche et le siège d'une inflammation couenneuse. Bientôt après, la région parotidienne gauche devient douloureuse et proéminente. Des sangsues, appliquées sur le lieu même, soulagent momentanément sans arrêter la marche de l'inflammation. Une fluctuation, ou plutôt une mollesse un peu fluctuante, se manifeste au centre de la région parotidienne. Une incision est pratiquée. Un pus lie-de-vin se présente, mais tellement visqueux, qu'il faut exercer une pression assez forte pour l'expulser. Des lambeaux gangréneux apparaissent et sont arrachés. Une ouverture spontanée se fait dans le lieu le plus déclive. Une très grosse masse gangrénée se présente aux deux ouvertures, trop petites, l'une et l'autre, pour lui donner issue. Je suis obligé de les réunir par la section de l'espèce de pont qui les sépare, et alors j'extrais avec violence une masse très considérable, spongieuse, pénétrée de pus, qui me paraît constituer la plus grande partie de la parotide. Un creux très considérable existe, après cette ablation, entre l'apophyse mastoïde et le bord postérieur de la mâchoire inférieure; la peau s'affaisse, le vide se remplit en partie, et, au moment de la mort de la malade, la cicatrice était presque complète.

Je n'ai pas vu un seul exemple de parotide suppurée sans gangrène; la gangrène me paraît le résultat de la structure extrêmement serrée de la parotide, structure qui rend la terminaison par la gangrène inévitable lorsque cette glande est le siège d'une suppuration un peu abondante. Je n'ai observé de parotide suppurée que dans les périodes avancées des maladies aiguës et chroniques, et j'ignore s'il existe un seul exemple de parotide suppurée sans lésion organique antérieure. Je croyais avoir affaire à un cas de parotide suppurée idiopathique chez la vieille femme de 84 ans dont j'ai parlé au commencement de cet article, mais la suppuration du rein préexistante imprime à cette parotide un caractère symptomatique.

Les maladies de la glande parotide ont cela de particulier, qu'elles sont limitées à la glande, et dans quelques cas, aux ganglions lymphatiques correspondans. Voici une observation de

cancer de la glande parotide et des ganglions sous-maxillaires avec intégrité de tous les autres organes. Bien que cette observation ne se rattache pas directement à mon sujet, je crois devoir la rapporter ici pour servir à l'histoire des maladies de la parotide en général.

Cancer ulcéré mélanique de la glande parotide et des ganglions sous-maxillaires.

Loret (Marguerite), 51 ans, entra dans mon service à la Salpétrière, le 8 août 1837 : elle portait à la région parotidienne gauche un énorme champignon fongueux, pédiculé, sphéroïde, profondément excavé dans le point opposé au pédicule, et vomissant, comme d'un cratère, un ichor horriblement fétide. En outre, à la région sous-maxillaire correspondante, eschare gangréneuse considérable, débris d'une tumeur non moins volumineuse que celle de la région parotidienne. Quel était le siège de cette seconde tumeur ? était-ce la glande sous-maxillaire ? étaient-ce les ganglions sous-maxillaires ? Je restai dans le doute à cet égard. La tumeur parotidienne avait débuté huit ans auparavant par un petit bouton, plusieurs fois soumis à la cautérisation. La tumeur maxillaire datait de trois ans. Ces deux tumeurs ulcérées étaient le siège d'hémorrhagies fréquentes. Deux jours après son entrée, la malade est prise d'un léger délire. Mort le 15 août.

Ouverture. Intégrité parfaite de tous les organes. Le champignon parotidien était exclusivement formé par la partie superficielle de la glande parotide. La partie profonde de cette glande avait également subi la dégénération cancéreuse, mais sans augmentation notable de volume. La dissection de la tumeur m'a permis de constater que la dégénération n'avait pas dépassé les limites de la glande; la circonscription était tellement exacte que le tissu cellulaire ambiant n'était pas même induré. La dégénération cancéreuse présentait l'aspect lobuleux, comme si la glande parotide n'avait pas été envahie en masse, mais bien simultanément ou successivement dans plusieurs groupes de granulations ou lobules. La dégénération cancéreuse présente l'aspect de truffes grises, parsemées de quelques points noirs : c'est le cancer mélanique.

La tumeur sous-maxillaire était formée aux dépens des ganglions lymphatiques et nullement aux dépens de la glande sous-maxillaire, qui était parfaitement saine; la dégénération des ganglions était identique avec celle de la glande parotide.

Fig. 2 et 2'. *Atrophie des muscles propres de la moitié gauche du larynx.*

Sur un larynx appartenant à un sujet destiné à mes dissections, j'ai trouvé atrophiés les muscles intrinsèques de la moitié droite du larynx, et cette atrophie m'a paru si complète et si remarquable, que j'ai cru devoir la faire représenter ici.

La figure 2 montre l'atrophie complète du muscle crico-arythénoïdien postérieur droit CAP et l'atrophie presque complète du muscle aryténoïdien, dont il ne reste qu'un petit nombre de fibres rouges entrecroisées.

La figure 2' représente le larynx, vu de côté, après l'ablation de la lame gauche du cartilage thyroïde : on voit complètement atrophiés les muscles thyro-aryténoïdien TA et crico-aryténoïdien latéral CAL. Cette même figure présente le contraste fort remarquable du développement normal de la portion du muscle crico-thyroïdien, qui est resté attaché au cartilage thyroïde.

Réflexions. Il y a donc eu hémiplégie du larynx dans ce cas, mais par quelle cause cette hémiplégie a-t-elle été produite ? Est-ce par une lésion du cerveau, est-ce par une lésion du bulbe rachidien, ou enfin cette hémiplégie du larynx constitue-t-elle une paralysie locale produite par la compression, par l'atrophie des nerfs laryngés? Je ne puis me livrer, à cet égard, qu'à des conjectures, car je n'ai aucun renseignement sur ce qui a précédé la mort du sujet, et il ne m'a pas été donné d'étudier l'état des nerfs laryngés, du pneumo-gastrique, du bulbe rachidien et du cerveau; je dois même dire que je n'ai songé à étudier l'état des nerfs intrinsèques du larynx que lorsqu'il n'était plus temps. Toutefois, ces conjectures peuvent ici s'élever jusqu'au degré de la certitude, et je puis affirmer que cette hémiplégie ou atrophie hémiplégique du larynx tenait à une lésion du nerf laryngé inférieur ou récurrent du même côté, car les limites de l'atrophie sont exactement celles de sa distribution (1).

Ainsi le nerf laryngé supérieur n'était pas malade, car le muscle crico-thyroïdien, auquel se distribue le rameau laryngé externe, avait conservé son développement. Il reste encore quelques fibres rouges dans le muscle aryténoïdien : or, l'anatomie démontre que le rameau laryngé supérieur y laisse quelques filets. Les mêmes raisons ne permettent pas d'ad-

(1) Voyez le mémoire de MM. Trousseau et H. Belloc sur la phthisie laryngée et la laryngite chronique (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, tome VI, pages 5 et suivantes).

mettre une lésion du pneumo-gastrique, du bulbe rachidien ou du cerveau. D'un autre côté, si l'on considère la fréquence des causes de compression et d'atrophie du nerf laryngé inférieur, on sera porté à considérer comme une démonstration rigoureuse ces déductions de l'anatomie saine et morbide.

Fig. 3 et 3'. *Hydrophthalmie partielle avec amincissement de la sclérotique.*

Les figures 3 et 3' représentent un cas de bosselure avec amincissement et demi-transparence de la sclérotique, occupant les deux extrémités du diamètre transverse de l'œil. Ce cas m'a été donné, en 1829, par M. le docteur Mirambeau, alors médecin des Quinze-Vingts. Il y avait cécité.

On ne peut se rendre compte de cette distension locale avec amincissement de la sclérotique, qu'en supposant que les parties amincies ont été le siège d'une distension à laquelle le reste de la sclérotique a été étranger, ou bien que la distension ayant porté sur la sclérotique tout entière, ces points, relativement plus faibles, ont cédé. Toujours est-il que, dans ce cas et dans plusieurs autres analogues, il n'existait pas d'épanchement entre la sclérotique et la choroïde, et que la choroïde saine tapissait immédiatement l'espèce de poche formée par la sclérotique distendue. L'intérieur de l'œil ne m'a d'ailleurs présenté rien de remarquable.

Je crois que les cas de bosselure avec amincissement de la sclérotique peuvent être placés à côté de l'hydrophthalmie, sous le titre d'*hydrophthalmie partielle avec amincissement de la sclérotique* (1). Il est des cas dans lesquels ces bosselures occupent la région postérieure de l'œil, plus souvent elles se voient latéralement, quelquefois en haut ou en bas, et plus près de l'insertion du nerf optique que de la cornée transparente. La demi-transparence qu'acquiert la sclérotique, dans ce cas, n'est pas une conséquence nécessaire de son amincissement : il faut qu'il s'opère dans les molécules de cette membrane quelques-unes de ces modifications décrites dans les cours de physique, qui font varier la transparence et l'opacité du corps. Ne voit-on pas tous les jours la cornée transparente devenue opaque par suite de l'inflammation, recouvrer sa transparence au bout de quelques jours? et lors même qu'elle a subi la transformation fibreuse et que son opacité est irremédiable, ne la voit-on pas quelquefois s'amincir et redevenir transparente par suite de quelque érosion superficielle?

Fig. 4, 4' et 4". *Cancer mélanique des parties contenues dans la cavité orbitaire.*

Les figures 4, 4' et 4" représentent un cancer mélanique de l'œil, qui a été extirpé. La figure 4 représente la masse cancéreuse vue de côté. Le muscle petit oblique MO, qui a échappé à la dégénératiou, est resté adhérent à l'œil. La surface de la tumeur est bosselée; une couche de tissu fibreux d'inégale épaisseur l'enveloppe.

La figure 4' représente le globe de l'œil, vu de face. La conjonctive, que j'ai essayé de disséquer, adhérait intimement à la sclérotique. Au premier abord, on aurait cru que les bosselures que présentait la partie antérieure de l'œil appartenaient au globe lui-même; mais la section antéro-postérieure de la masse (fig. 4") montre que le globe de l'œil et le nerf optique sont complètement étrangers à la dégénération; que cette dégénération appartient exclusivement au tissu adipeux de l'orbite, et enveloppe l'œil dans ses trois quarts postérieurs.

Du reste, la dégénération présente tous les caractères du cancer mélanique, l'aspect de truffe noire, les stries blanches et fibreuses qui traversent cette masse. Il ne m'a pas été donné de voir si les muscles avaient été, pour ainsi dire, englobés dans la tumeur, ou s'ils avaient été refoulés à sa circonférence; je suis porté à croire qu'ils n'ont pas été compris dans la dégénération, car je n'en ai pas trouvé de trace. Au reste, cette pièce m'a été adressée sans détails, dans le but de me faire constater sa nature; j'ignore le sort ultérieur du malade, mais je crains bien que, malgré son enkystement, ce cancer ne se soit reproduit; car un des caractères du cancer mélanique, c'est la fréquence, je dirais presque la constance de sa reproduction, soit dans le point primitivement affecté, soit dans d'autres points; et le cancer orbitaire lui-même, bien qu'il offre en général moins de chance de repullulation que les cancers des autres régions, n'échappe pas à cette loi. M. Beauchène, ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, nous en a fourni un bien triste exemple.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. HYDROPHTHALMIE, par J. L. Sanson, tome X, page 166.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE ET DES INTESTINS.

(PLANCHE VI, XXXVIII[e] LIVRAISON.)

Rétrécissement et végétations polypeuses de l'œsophage. Fig. 1 et 1'.

La figure 1 représente un œsophage considérablement rétréci à son extrémité inférieure.

La figure 1' représente le même œsophage ouvert. Des végétations polypeuses PP se voient dans la portion dilatée de l'œsophage, au-dessus du rétrécissement. La dissection n'a démontré aucune altération de tissu dans les tuniques qui répondent à ce rétrécissement.

Cette pièce avait été trouvée sur un sujet destiné aux dissections, et m'a été donnée sans renseignement.

Le rétrécissement de l'œsophage appartient aux *lésions de canalisation* dont j'ai cru devoir faire une classe d'anatomie pathologique, classe importante qui embrasse tous les dérangemens de circulation qu'éprouvent dans les canaux si divers qu'ils parcourent, les gaz, le sang, les produits de sécrétion, les matières alimentaires, etc.

Les lésions de canalisation de l'œsophage sont un des chapitres les plus intéressans de l'histoire des lésions de canalisation du canal digestif, et voici les différentes espèces qu'on peut adopter: 1° par corps étrangers engagés dans ce conduit; 2° par compression; 3° par contraction spasmodique; 4° par affaiblissement ou paralysie; 5° par hypertrophie circonscrite; 6° par végétations polypeuses; 7° par inflammation chronique et induration; 8° par escharification, suite de l'ingestion d'un acide ou autre caustique; 9° par ulcère chronique simple; 10° par dégénération cancéreuse; 11° par rétrécissement et obturation congénitales.

Le fait représenté planche VI[e] semble établir qu'il existe des rétrécissemens de l'œsophage sans altération organique des parois de ce conduit. Ce rétrécissement serait-il le résultat d'un vice de conformation, ou bien reconnaîtrait-il pour cause une contraction spasmodique permanente, limitée à un anneau ou à un cylindre de ce conduit. Je n'ai point assez d'élémens pour résoudre cette question quant au cas actuel. Toujours est-il qu'il paraît démontré qu'il existe des *rétrécissemens de l'œsophage sans lésion de tissu.* L'observation qu'on va lire, recueillie, en 1822, à la Maison Royale de santé, dans le service de M. Duméril, par M. Cassan, suppléera aux détails qui me manquent pour le cas que j'ai fait représenter. (1)

M. de C., chevalier de Saint-Louis, 77 ans, avait remarqué dès sa plus tendre enfance que la déglutition des alimens solides s'était toujours opérée chez lui longuement et avec peine, sans que cette incommodité habituelle eût apporté aucun trouble dans les fonctions digestives et dans la nutrition. A 76 ans, s'étant fait placer un ratelier d'argent à la mâchoire supérieure, il en résulta, dit-il, une inflammation de la bouche qui s'étendit aux autres parties du canal alimentaire et détermina pendant plusieurs mois des vomissemens qui avaient lieu immédiatement après le repas. Les vomissemens se calmèrent et furent remplacés par les symptômes suivans qui l'obligèrent à entrer à la Maison Royale de santé dans le service de M. Duméril.

Appétence avec besoin continuel de manger; mais la difficulté dans la déglutition est telle que le malade est obligé de renoncer aux alimens solides et de réduire son alimentation à des boissons plus ou moins nourrissantes, au laitage, aux gelées, aux fécules délayées, au café, au chocolat. Encore ces alimens ne passent-ils qu'incomplètement avec d'extrêmes difficultés; souvent le malade faisait de légères frictions sur la partie inférieure du col, comme pour accélérer le passage des alimens et vider la poche qui lui semblait les contenir et immédiatement après leur déglutition, les alimens étaient incessamment ramenés dans la bouche, rejetés sans effort par une régurgitation involontaire, et délayés dans une grande quantité de mucus et de salive. Le peu de substance alimentaire qui n'était pas rejeté par cette régurgitation non interrompue paraissait pénétrer, quelque temps après leur ingestion, à travers une espèce de filière (expressions du malade).

C'était sans doute pour échapper à l'ennui de sa position que M. de C., sobre jusque-là, se mit à faire un grand usage de liqueurs fortes, au point qu'on le surprit souvent dans un état complet d'ivresse. Son pouls était petit et lent; il n'avait ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs : faible, sec, pâle, épuisé, passant les jours et les nuits dans l'insomnie, il conserva jusqu'au moment de sa mort qu'il prévoyait être prochaine et inévitable, le libre exercice de ses facultés intellectuelles.

Du reste, le malade était convaincu de l'idée qu'il existait dans l'œsophage un obstacle au libre passage

(1) *Archives générales de médecine*, tome X, page 80.

des alimens, et priait instamment qu'on introduisît dans ce canal soit une sonde, soit une tige quelconque, munie d'une éponge pour frayer une voie aux alimens.

M. Duméril, fondé à penser qu'il y avait obstruction organique à l'orifice cardiaque, ne se rendit pas à ses instances. A. Dubois partagea la même opinion. Le malade s'éteignit dans le marasme, le 2 février 1822, deux mois après son entrée à la Maison Royale de santé.

Ouverture du cadavre. La moitié inférieure du pharynx présentait une dilatation considérable, en manière de poche dont la capacité était double de celle de ce conduit dans l'état ordinaire. « Un rétrécissement « subit percé d'un pertuis circulaire, à bords froncés, d'une ligne de diamètre, *sans aucune trace de la « moindre altération de tissu,* terminait, en avant et en bas, cette espèce de jabot dont la surface interne « était recouverte d'une membrane blanchâtre, inorganique, peu épaisse, facile à détacher: cette petite « ouverture conduisait par un canal de même dimension, de huit lignes de longueur, garni de plis longi- « tudinaux, tapissé par la même fausse membrane qui allait insensiblement en s'élargissant de manière à « offrir à sa partie inférieure, un diamètre de trois lignes. »

Les plis longitudinaux qu'on remarquait à la face interne du rétrécissement de l'œsophage ne différaient pas sensiblement de ceux qu'on a coutume d'y rencontrer dans l'état sain. Les parois de ce conduit avaient *augmenté d'épaisseur dans la proportion de leur rétraction, mais sans acquérir de la dureté et sans perdre aucune des qualités physiques qui les constituent dans l'état normal.*

Le long de l'œsophage, on voyait un petit nombre de ganglions bronchiques, la plupart du volume d'une amande, remplis de grumeaux noirâtres, dégénérés de leur organisation primitive. Ces ganglions ne comprimaient nulle part l'œsophage.

Réflexions. La description textuelle que je viens de rapporter de la disposition anatomique de l'œsophage, dans le cas précédent, s'applique parfaitement au cas représenté planche 6, et les détails cliniques qui la précèdent peuvent jusqu'à un certain point suppléer à ceux qui me manquent à cet égard.

Dans l'un et l'autre cas, était-ce un vice de conformation, était-ce un rétrécissement acquis? Sans doute, il résulte des commémoratifs recueillis sur le malade de M. Cassan que la déglutition *s'était toujours opérée longuement et avec peine;* mais comme elle ne s'opérait, à la fin de la vie, que sur les alimens liquides et encore fort incomplètement, il est impossible d'admettre que le rétrécissement observé après la mort ait existé dans les mêmes proportions pendant toute la vie. Un peu d'étroitesse relative dans une certaine longueur de l'œsophage peut se concevoir, mais un rétrécissement semblable est incompatible avec la vie.

Il existe quelques exemples de rétrécissement et même d'obturations congéniales complètes de l'œsophage, observés chez des fœtus parfaitement constitués, et ces exemples d'obturation établissent que si l'introduction de l'eau de l'amnios dans l'estomac a lieu, elle n'est pas indispensable pour la nutrition. Non-seulement l'œsophage peut être chez le fœtus le siége d'un rétrécissement sans traces de travail morbide, mais encore, ce rétrécissement peut être le résultat manifeste d'une phlegmasie survenue pendant la vie intra-utérine, phlegmasie qui laisse après elle un noyau d'induration absolument semblable à celui que déterminerait une phlegmasie survenue après la naissance: ainsi j'ai vu l'œsophage d'un enfant qui mourut par défaut de nutrition peu de jours après sa naissance, attendu que toutes les substances alimentaires soumises à la déglutition étaient immédiatement vomies. Il y avait un rétrécissement très considérable de l'œsophage, à deux pouces au-dessus de son ouverture dans l'estomac. L'œsophage était notablement dilaté et la membrane musculaire un peu épaissie dans la partie située immédiatement au-dessus de ce point. Quant au rétrécissement, il présentait une coloration rouge de la muqueuse et un noyau d'induration.

Dans le cas que j'ai fait représenter, comme dans le cas de M. Cassan, il n'y avait aucune lésion organique, aucune trace de travail morbide; tel est encore le cas observé par Baillie (*Anatomie pathologique*) et qu'il rapporte en ces termes: « Un resserrement très extraordi- « naire de l'œsophage, dont j'ai vu un seul exemple, consistait dans un froncement de la « membrane interne, qui rendait l'œsophage si étroit qu'un petit pois pouvait à peine y passer: « il n'y avait pourtant *aucune altération dans la texture de la membrane ainsi resserrée*, et les « fibres musculaires environnantes étaient parfaitement saines. Les progrès de cette maladie « furent lents, la personne qui en était le sujet eut une difficulté de déglutition pendant « plusieurs années et ne pouvait avaler que des substances d'un très petit volume. »

C'est d'après ce fait que Baillie admet que l'œsophage est sujet à des constrictions produites par la contraction d'une portion quelconque de ses fibres musculaires, sans aucune altération de texture.

Devons-nous ajouter avec Baillie qu'on conçoit que les fibres musculaires contractées pourraient comprimer la membrane interne au point d'y exciter de l'inflammation, et par suite la suppuration et la mort. Assurément, aucun fait positif ne peut motiver une pareille assertion. Meckel (*Anatomie générale, descriptive et pathologique*, t. III, pag. 375) dit qu'il n'est pas difficile de distinguer si les rétrécissemens de l'œsophage qui dépendent d'un *plissement anormal* de la membrane interne, sans altération de texture, sont des vices primitifs de conformation, ou s'ils se produisent d'une manière consécutive par un simple accroissement de cette membrane. J'avoue que je ne comprends pas les rétrécissemens par plissement anormal, et ce plissement n'est évidemment qu'un effet du resserrement de la tunique musculaire. La structure éminemment musculaire de l'œsophage autorise sans doute à admettre un rétrécissement spasmodique, mais il est bien difficile de concevoir que le spasme soit limité à un anneau ou à une sorte de cylindre de l'œsophage. Toujours est-il que la connaissance de ce fait, savoir: qu'il existe des *rétrécissemens de l'œsophage sans lésion organique* ouvre en quelque sorte une nouvelle voie à la thérapeutique; que si un cas pareil à celui décrit par M. Cassan ou à celui représenté pl. 6, se présentait à mon observation, loin de repousser l'emploi des moyens dilatateurs dont le malade de M. Cassan avait le vif désir, je considérerais cet emploi comme essentiellement indiqué.

Les rétrécissemens de l'œsophage appartiennent à la chirurgie tout aussi bien qu'à la médecine, puisque l'œsophage est accessible aux moyens chirurgicaux, et sir Everard Home a fait preuve d'un excellent esprit lorsqu'il a traité dans le même ouvrage des rétrécissemens de l'œsophage et des rétrécissemens du canal de l'urèthre (*Practical observations on the treatment of the strictures in the urethra and œsophagus*).

L'introduction dans l'œsophage de bougies, dont on augmenterait graduellement le diamètre, trouve donc son application dans une foule de cas. On objectera l'insuccès de Boyer (*Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. I, p. 139) qui fit porter inutilement pendant cinq mois une sonde œsophagienne à une femme affectée de rétrécissement de l'œsophage. Dans ce cas, la sonde était aussi fortement pressée à la fin du cinquième mois qu'au commencement de son emploi; mais comme l'autopsie ne fut pas faite, nous ignorons quelle était la cause de ce rétrécissement, et c'est tout-à-fait gratuitement qu'on l'attribua à une irritation nerveuse survenue à la suite de longs chagrins. Je dirai en outre que c'est probablement à la sonde qu'est due la conservation de la malade pendant cinq mois; enfin peut-être en pareil cas conviendrait-il d'employer des sondes dont le diamètre irait toujours croissant.

Fig. 2 et 2'. *Maladies du duodénum. Ulcère chronique simple. Perforation spontanée.*

La figure 2 représente l'extrémité pylorique de l'estomac E et le commencement du duodénum D. P est une perforation. La surface externe de l'estomac et des intestins présente les traces de la péritonite la plus intense.

La figure 2' montre l'estomac et le duodénum ouverts. P est la perforation qui occupe le fond d'un ulcère à bords froncés à la manière d'une bourse. La portion pylorique de l'estomac offrait l'aspect granuleux, si fréquent dans les irritations chroniques de la muqueuse de cet organe. La première portion du duodénum qui est ordinairement exempte de toute espèce de replis, en présentait un grand nombre. L'anneau pylorique est remarquable par son épaisseur.

La figure 2'' montre une coupe du duodénum, au niveau et au voisinage de la perforation CP. L'épaisseur des parois de cet intestin est remarquable. Le point P I répond au pylore. E à l'estomac, D. au duodénum.

Réflexions. Nous avons vu, au sujet des maladies de l'estomac, que cet organe était fréquemment le siège d'ulcères chroniques simples qui se terminaient quelquefois par la perforation. Nous avons vu en outre que ces perforations se produisaient assez souvent dans la cicatrice d'anciens ulcères. Ces considérations s'appliquent parfaitement aux intestins grêles et gros et plus particulièrement encore au duodénum, dont la première portion m'a paru prédisposée aux ulcérations chroniques.

Dans le cas représenté figure 2 et 2', l'ulcère était cicatrisé depuis long-temps, et la perforation a été le résultat d'une irritation nouvelle, qui, envahissant un tissu déjà altéré, un tissu de cicatrice, a rapidement détruit la faible épaisseur des parties qui le séparait du péritoine. Or, on sait que le péritoine, comme d'ailleurs toutes les membranes séreuses, résiste aussi peu à un travail d'érosion, lorsqu'il est attaqué par sa surface adhérente, qu'il y résiste fortement lorsqu'il est attaqué par sa surface libre.

Je crois avoir démontré que la perte de substance des membranes muqueuses, ne guérit pas de la même manière que les pertes de substance de la peau; que la membrane muqueuse ne se répare pas; qu'après la cicatrisation, quelque complète qu'on la suppose, les bords de la perte de substance de la membrane muqueuse restent toujours distincts de la cicatrice; qu'ils sont irréguliers, comme déchiquetés, et même dans quelques cas, que ces bords sont libres et séparés des parties subjacentes par une sorte de rainure; que la cicatrice des pertes de substance des membranes muqueuses est fibreuse, mais que la couche fibreuse est tellement ténue, qu'on dirait que les fibres musculaires subjacentes sont à découvert; que cette cicatrice se continue, non avec la membrane muqueuse, mais bien avec les tissus fibreux subjacens. Une autre propriété de la cicatrice des membranes fibreuses, c'est d'être sujette à l'inflammation, et de ne pouvoir supporter sans érosion et sans imminence de perforation le moindre travail inflammatoire.

Fig. 3. *Étranglement produit par une bride nouée autour de l'intestin grêle.*

La figure 3, XXXVIII[e] livraison, fournit un exemple de l'une des formes les plus communes de l'étranglement interne, l'étranglement par bride. L'intestin grêle est distendu par la rétention des matières au-dessus du rétrécissement, il est très étroit et vide au-dessous. Je n'ai d'autres renseignemens sur le sujet auquel appartenait cette pièce pathologique, sinon qu'il est mort en vingt-quatre heures.

J'ai déjà eu occasion de parler de l'étranglement interne par brides, des causes de ces brides péritonéales et du mécanisme si varié d'après lequel l'intestin est étreint dans un anneau, tantôt exclusivement, tantôt partiellement formé par les brides.

Les brides et franges péritonéales, pour me servir d'une expression de Dupuytren, sont un des plus remarquables effets de l'inflammation adhésive. La théorie de leur formation est celle-ci. Deux circonvolutions intestinales sont devenues adhérentes entre elles dans un point de leur surface, ou bien cette adhérence a lieu entre une circonvolution et les parois abdominales, entre une circonvolution et le mésentère; il suit des mouvemens péristaltiques et antipéristaltiques du canal intestinal que des tractions sont incessamment exercées sur ces adhérences qui s'allongent pour ainsi dire d'une manière indéfinie, et constituent de longs, de très longs filamens sous lesquels une anse intestinale, plusieurs anses intestinales peuvent s'engager et s'étrangler.

Ces filamens ou brides étant rarement d'une égale résistance dans toute leur longueur, leur rupture dans le point le plus faible se conçoit parfaitement. Reste à savoir maintenant si la production de ces longs filamens ou brides adhérant seulement par une de leurs extrémités nécessite toujours une adhérence préalable, ou bien si ces brides peuvent s'effectuer sans adhérence, par le seul fait d'un travail morbide organisé sur un point isolé du péritoine. Je suis d'autant plus disposé à admettre ce second mode de formation des brides péritonéales, que j'ai vu dans certaines phlegmasies chroniques du péritoine, cette membrane hérissée d'une multitude de prolongemens fibreux et vasculaires, adhérens seulement par une de leurs extrémités flottant en quelque sorte dans la cavité péritonéale, prolongemens dont l'accroissement paraissait la conséquence d'un travail nutritif exagéré fixé sur des points isolés de cette membrane.

Dans le cas actuel, cette bride naissait par une base large, celluleuse, sur laquelle on distinguait trois petits cordons bientôt réduits à deux qui entouraient l'intestin en faisant un cercle continu. J'ai vainement cherché à me rendre compte de la manière dont cet anneau circulaire s'était formé.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

(PLANCHE II, XXX[e] LIVRAISON.)

Fig. 1. — *Cicatrices d'ulcérations folliculeuses.*

L'estomac représenté fig. 1, pl. 2, appartient au même sujet que l'intestin grêle et le gros intestin, représentés fig. 1, pl. 3, même livraison. Le duodénum et toute la longueur de l'intestin grêle offraient d'ailleurs les mêmes taches et plaques noires d'ébène ou ardoisées foncées que celles qu'on remarque sur ces deux figures. Les taches et cicatrices de toutes ces parties appartenaient évidemment à une lésion identique.

Ces taches noires me paraissent n'être autre chose que des cicatrices d'ulcération folliculeuse de l'estomac. Leur forme irrégulière n'est pas en opposition avec cette manière de voir; car nous avons vu, à l'occasion des cicatrices de l'intestin grêle, que l'infiltration de la matière noire s'étendait irrégulièrement autour de la perte de substance et quelquefois au loin, de manière à dépasser dans tous les sens les plaques gaufrées ou les follicules isolés, siége manifeste de l'ulcération ou inflammation.

Considérations générales sur les ulcérations folliculeuses de l'estomac.

La gastrite folliculeuse ne me paraît pas avoir suffisamment appelé l'attention des médecins observateurs, peut-être parce que les follicules de l'estomac n'ont point été suffisamment signalés par les anatomistes. Ces follicules sont innombrables, sphéroïdaux, tout-à-fait semblables aux follicules isolés de l'intestin grêle, c'est-à-dire qu'ils offrent l'aspect de vésicules transparentes, qui représentent assez exactement les vésicules corticales des fruits des hespérides; ils diffèrent donc à cet égard des follicules ombiliqués du gros intestin.

Or, l'inflammation ulcéreuse des follicules de l'estomac est une forme assez fréquente de la gastrite: les petites ulcérations échappent quelquefois à un examen superficiel, cachées qu'elles sont par la couche épaisse de mucus qui revêt habituellement la surface interne de ce viscère. J'ai rencontré des estomacs dont la surface interne était criblée d'érosions superficielles, dont le siége était évidemment dans les follicules.

Il est assez fréquent de voir, dans les dernières périodes des maladies chroniques, des érosions hémorrhagiques de l'estomac, érosions qui ont pour résultat tantôt des hématémèses, tantôt des déjections sanguinolentes couleur chocolat. Ces érosions sur lesquelles on n'a peut-être pas assez fixé son attention, seront l'objet de figures et de descriptions particulières.

Ainsi, chez une femme âgée, morte infiltrée, et sur laquelle je n'ai eu d'ailleurs aucun renseignement, j'ai trouvé l'estomac criblé d'une multitude innombrable de petites érosions faites comme avec un emporte-pièce. Les ulcérations qui occupaient surtout, d'une part, la grosse tubérosité, et d'une autre part, l'extrémité pylorique, étaient pour la plupart remplies par une matière noire, couleur de suie, adhérente, qui n'était évidemment autre chose que le sang coagulé et chimiquement altéré dans sa couleur, par les acides de l'estomac. Celles de ces érosions qui n'étaient pas remplies par du sang étaient à bords rosés et à fond grisâtre.

Sur une femme morte avec deux cancers mammaires, et qui, le jour même de sa mort, avait éprouvé une hématémèse, j'ai trouvé l'estomac tapissé par une couche épaisse de mucosités couleur de suie : la matière colorante était mêlée au mucus sous la forme de stries noirâtres : à travers cette couche épaisse de mucosités, on voyait la surface interne de l'estomac parsemée de taches noires de diverses dimensions, les unes miliaires, les autres lenticulaires, quelques-unes irrégulières : ces points ou taches noires de suie étaient constitués par du sang déposé dans des ulcérations ou érosions de la muqueuse. Resterait maintenant à discuter la question de savoir si le siége de ces érosions est réellement dans les follicules.

C'est probablement par des érosions ou ulcérations folliculeuses que débutent les ulcères chroniques de l'estomac, qui ont fait l'objet de plusieurs figures et d'une description détaillée. Le fait suivant que je viens d'observer tout récemment confirme pleinement cette manière de voir.

On m'a remis un estomac appartenant à une femme phthisique, âgée de 68 ans, qui n'avait disait-on, présenté aucun symptôme du côté de l'estomac et qui avait conservé jusqu'au dernier moment un assez grand appétit.

Je trouvai, 1° un ulcère cicatrisé de la grandeur d'une pièce de 20 sous, occupant la grande courbure de l'estomac au voisinage de la grosse tubérosité : la circonférence de cet ulcère était coupée à pic.

Une rainure circulaire profonde se voyait dans la moitié de l'étendue de cette circonférence, le fond de l'ulcère était constitué par un tissu fibreux mince, mais très résistant.

Une zone rouge, peu régulière, entourait l'ulcère : examinée à la loupe, cette zone était constituée par des pinceaux vasculaires d'apparence veineuse, aplatis, disposés suivant la longueur des villosités et aboutissant à des veines plus profondément placées.

2° Il y avait en outre dans cet estomac cinq autres ulcérations plus petites, dont trois avoisinaient l'ulcération principale, et deux occupaient l'extrémité pylorique; trois d'entre elles étaient lenticulaires, récentes et formées aux dépens de la muqueuse seulement; les deux autres avaient un diamètre plus considérable, et étaient formées aux dépens de la membrane muqueuse et de la membrane fibreuse; un cercle rouge qui entourait ces ulcérations, comme d'ailleurs l'ulcération principale, annonçait que toutes étaient en voie d'accroissement.

Enfin, chez une femme de 50 ans, morte de phthisie pulmonaire avec dévoiement chronique, j'ai observé : 1° plusieurs ulcérations ardoisées dans le gros intestin; 2° des milliers d'ulcérations folliculeuses dans l'intestin grèle depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'au pylore; je dis jusqu'au pylore, car de petites érosions, faites comme avec un emporte-pièce, se voyaient dans la première partie du duodénum, immédiatement au-dessous du pylore; 3° dans l'estomac, une vingtaine d'ulcérations faites comme avec un emporte-pièce, et tout-à-fait semblables aux ulcérations de l'intestin grèle. C'est la première fois que j'ai vu les ulcérations du canal alimentaire chez les phthisiques s'étendre jusqu'à l'estomac.

Fig. 2. — *Végétations polypeuses de l'estomac.*

La figure 2 représente un estomac de la face interne duquel s'élevaient une multitude de végétations polypeuses de diverses formes et de diverses dimensions. Plusieurs étaient groupées autour de l'orifice œsophagien. L'une d'elles avoisinait le pylore. Toutes étaient exclusivement formées aux dépens de la membrane muqueuse. Celles de ces végétations qui étaient, pour ainsi dire, à l'état naissant, n'étaient pas pédiculées. La longueur du pédicule était en rapport avec le poids de la végétation. Le plus grand de ces polypes VP était bifurqué et lobuleux. La coupe des pédicules établit que les membranes de l'estomac autres que la muqueuse, sont complètement étrangères à la formation de ce polype.

Ces polypes paraissaient d'ailleurs formés par un épaississement, une hypertrophie circonscrite sans changement de structure de la muqueuse; le polype principal présentait dans sa texture une disposition aréolaire et gélatiniforme que j'ai pu prendre d'abord pour des follicules muqueux très développés, mais qui, plus attentivement examinée, m'a présenté tous les caractères du cancer aréolaire gélatiniforme.

Les granulations F, qu'on remarque autour de quelques-uns de ces polypes, ne sont autre chose que des follicules muqueux développés.

Considérations générales. Les végétations polypeuses de l'estomac ne sont pas très rares; j'en ai trouvé dernièrement une douzaine dans l'estomac d'une vieille femme de la Salpêtrière, morte de pneumonie, et qui n'avait accusé aucun symptôme du côté de l'estomac; chez un autre sujet, j'ai rencontré cinq ou six végétations à pédicule délié, en outre à côté du pylore, une multitude de mamelons ou végétations à l'état naissant implantés sur une portion de muqueuse très épaisse, exactement limitée dans tous les sens, en sorte que si ce sujet eût vécu plus long-temps, je ne doute pas qu'il n'eût fourni un exemple de polype

composé, c'est-à-dire de végétations considérables, supportant des végétations plus petites. Les végétations polypeuses de l'estomac sont presque toujours multiples, leur forme varie dans les premiers temps de leur production; quelquefois ce sont dans le principe de simples épaississemens circonscrits de la muqueuse, d'autres fois des mamelons coniques, à sommet libre, des mamelons cylindroïdes; mais, à mesure que l'hypertrophie avec ou sans dégénération fait des progrès, elles se présentent sous l'aspect de tumeurs sphéroïdales, lobuleuses, pédiculées. Les intestins ne sont pas à l'abri des végétations polypeuses: j'ai fait représenter un bel exemple de polype de l'intestin grêle dans un cas d'invagination, et il ne serait pas impossible que la présence de ce polype n'eût contribué à cette invagination. J'ai également observé tout récemment un petit polype dans le gros intestin : c'était une tumeur lie-de-vin foncée du volume d'une grosse aveline naissant par un pédicule long et grêle : cette tumeur divisée présenta du sang infiltré dans le tissu de la muqueuse.

On rencontre pour ainsi dire tous les jours à la Salpêtrière, des polypes du même ordre, naissant de la face interne du corps de l'utérus, plus rarement du col: ce sont des végétations plus ou moins volumineuses, très vasculaires, souvent multiples, naissant de la membrane qui tapisse la cavité utérine, complètement étrangères au tissu propre de l'utérus et contenant dans leur épaisseur un nombre plus ou moins considérable de follicules muqueux extrêmement développés.

Du reste, les végétations polypeuses de l'estomac ne peuvent causer d'accidens que de deux manières : 1° par leur dégénération; 2° par l'obstacle mécanique qu'elles apportent au cours des matières alimentaires. C'est au cardia, et surtout au pylore, que ce dernier accident est à redouter. Il existe parmi les dessins d'anatomie pathologique que la Faculté de Médecine a fait faire dans le temps, une très belle figure représentant un polype gastrique cylindroïde né au voisinage du pylore, qui pénétrait par cet orifice dans le duodénum. Ce cas a été recueilli dans le service de M. Husson; il paraît que les accidens de rétention des matières dans l'estomac, d'abord intermittens, sont devenus ensuite permanens, et ont entraîné la mort. On conçoit que, dans le principe, la tumeur devait s'engager incidemment, et comme par hasard, dans le pylore, mais que plus tard, lorsqu'elle eut acquis un grand développement, elle a dû y rester engagée, malgré le mouvement péristaltique et antipéristaltique de l'estomac et la contraction du pylore; il est même probable que cette contraction du pylore doit être un des obstacles les plus puissans à la réduction de la tumeur, dont elle tend sans cesse à augmenter le volume, en s'opposant au retour du sang veineux et en déterminant des extravasations sanguines.

Quant à la dégénération cancéreuse des polypes, elle doit être fréquente, et il est possible que les végétations cancéreuses du pylore ou de son voisinage, que l'on rencontre assez souvent, aient pour principe des végétations polypeuses dégénérées.

Il ne faudrait pas confondre les végétations polypeuses de l'estomac avec les tumeurs graisseuses qu'on rencontre quelquefois sous la muqueuse qu'elles soulèvent : ordinairement très petites et du volume d'un pois, d'une aveline, ces tumeurs adipeuses peuvent acquérir le volume d'une amande. Tout dernièrement j'ai rencontré dans l'estomac, au voisinage du pylore, une tumeur adipeuse qui avait le volume d'une amande entourée de sa drupe. Cette tumeur non pédiculée était revêtue par la membrane muqueuse intacte.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

(Planche I, XXXI^e livraison.)

Hémorrhagies. — Erosions ou ulcérations hémorrhagiques.

La figure 1 représente l'estomac d'une vieille femme de la Salpétrière, morte d'une maladie chronique dont je n'ai pas tenu note, mais qui était bien certainement étrangère au canal digestif. Surpris de voir à l'autopsie l'intestin grèle d'une couleur noirâtre, comme s'il avait été rempli de sang, j'ouvris cet intestin qui contenait une grande quantité de sang couleur de suie. J'annonçai que nous trouverions la source de ce sang dans l'estomac; et en effet, sous une couche épaisse de mucosité parcourue de stries noires, nous vîmes les taches noires UH, UH, dont les unes ne sont que de petits points noirs, tandis que les autres sont des taches lenticulaires plus ou moins considérables: ces taches sont légèrement proéminentes, formées par une lentille de sang dense, noir de suie foncé, adhérent, dont l'ablation laisse à découvert une érosion très superficielle. C'était de ces érosions que provenait le liquide noir contenu dans l'intestin grèle et dans l'estomac: on voyait en effet des stries noires s'échapper pour ainsi dire de ces plaques de sang qui peuvent être considérées comme un obturateur utile dans le cas d'hémorrhagie de l'estomac. L'acide gastrique doit être un moyen hémostatique, car il coagule le sang au fur et à mesure qu'il est versé, et si le sang ne fait que suinter, sa coagulation doit être immédiate.

Sur la figure 1, on voit encore trois érosions hémorrhagiques qui occupent le duodénum.

L'œsophage est remarquable par des épaississemens épidermiques que j'ai eu occasion de rencontrer assez souvent, et qui n'ont aucun caractère morbide.

La figure 2 représente une autre forme d'érosions hémorrhagiques. Ici les érosions UH, UH sont irrégulières, très superficielles, les unes à l'état naissant, les autres plus considérables. Je n'ai aucun renseignement sur le sujet de cette figure; c'est donc comme fait d'anatomie pathologique que je considère ici cette altération; mais il m'a paru intéressant de présenter parallèlement des lésions qui ont autant d'analogie entre elles que celles des figures 1 et 2.

Je ne pense pas que ce soit par les follicules que débutent les érosions ou ulcérations hémorrhagiques; il est plus probable que c'est par le réseau capillaire de la muqueuse.

Considérations générales sur les hémorrhagies de l'estomac.

Les hémorrhagies de l'estomac (gastrorrhagies) me paraissent un point de médecine pratique, encore fort imparfait, surtout sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Toutes les hémorrhagies de l'estomac sont noires, couleur chocolat ou de suie, et je ne conçois rien à la distinction qu'on retrouve encore, dans les auteurs les plus récens et les plus estimés, entre l'*hématémèse* et le *melœna*, à moins qu'on n'affecte le mot d'*hématémèse* aux vomissemens, et le mot *melœna* aux déjections de sang, distinction qui serait sans but et contraire à l'acception étymologique et même scientifique du mot; car les anciens ont désigné par le mot de *maladie noire*, mot auquel Boissier de Sauvages a substitué celui de *melœna* (μελας, noir), les maladies dont les vomissemens et les déjections noires sont le principal symptôme.

Toute hémorrhagie d'estomac est noire, couleur chocolat, couleur de suie, couleur de bistre, couleur du pigment choroïdien, couleur de la peau de nègre, couleur des productions mélaniques. Cette couleur résulte de la présence dans l'estomac d'un acide qui, mêlé au sang, lui imprime immédiatement le même changement de couleur qu'un filet de vinaigre, versé sur du sang qu'on vient d'extraire de la veine: la couleur noire est le cachet du sang qui a séjourné dans l'estomac, soit que ce sang vienne des parois de l'estomac elles-mêmes, soit qu'il y ait été porté par la déglutition. Dans l'estomac seul se trouvent les conditions nécessaires pour ce changement de coloration. Le sang a beau séjourner dans l'intestin grèle ou dans le gros intestin; s'il n'a pas traversé l'estomac, il contracte une couleur foncée, il se putréfie, il peut devenir semblable à de l'encre; mais ce n'est pas là la couleur

de suie de l'hémorrhagie de l'estomac. A l'inspection seule des évacuations alvines, qui étaient couleur de suie, en l'absence de tout vomissement, de tout symptôme direct du côté de l'estomac, je diagnostiquai, dans un cas particulier, que la maladie avait son siége dans l'estomac et non dans l'intestin, comme il était raisonnable de le penser : quelques jours après, des vomissemens couleur de suie sont venus confirmer l'exactitude de mon diagnostic, et plus tard l'autopsie démontra que je ne m'étais pas trompé. La maladie consistait dans une végétation cancéreuse de l'extrémité pylorique de l'estomac.

Il ne faut pas croire que toutes les hémorrhagies de l'estomac soient inévitablement suivies du vomissement. Deux voies sont ouvertes au liquide accumulé dans la cavité de ce viscère : les voies supérieures et les voies inférieures, et je ne saurais dire quelle est celle de ces voies que le sang gastrique suit le plus souvent. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est plus fréquent qu'on ne le croit communément de voir des hémorrhagies gastriques sans vomissement amener des selles sanglantes. Dans le cas représenté XXXI[e] livraison, pl. 1, fig. 1, aucun vomissement n'avait eu lieu; mais, étonné de voir, à l'autopsie, les intestins grêle et gros d'une couleur noirâtre, couleur évidemment due à celle du liquide ou des matières qu'ils contenaient, je les ouvris. Les matières étaient couleur de suie. Dès-lors j'annonçai que nous trouverions dans l'estomac la source de cette hémorrhagie, ce qui fut immédiatement confirmé par l'examen de l'estomac.

Je voudrais qu'on appliquât le nom de *melæna* aux vomissemens et déjections noir de suie. Cette détermination, tirée du siége ou point de départ, s'appliquerait exclusivement aux hémorrhagies gastriques et serait, d'une part, bien plus philosophique que celle tirée de la marche de la maladie, ainsi que le voulait Tissot, qui affectait le mot *hématémèse* à la marche aiguë, et celui de *melæna* à la marche chronique, et, d'une autre part, plus exacte que celle tirée de la nature de la lésion qui produit l'hémorrhagie, le mot *melæna*, d'après quelques auteurs, devant s'appliquer aux vomissemens noirs qui sont occasionés par le cancer de l'estomac.

Il m'a toujours semblé qu'en pratique, on attachait une trop grande importance aux vomissemens noirs dans la détermination du cancer de l'estomac. Pour un certain nombre de praticiens, tout le temps que le vomissement noir n'a pas paru, il y a doute sur le caractère cancéreux de la maladie. Le doute cesse pour eux aussitôt qu'apparaît la couleur de suie dans les matières vomies. Mais dans combien de cas le cancer de l'estomac n'est-il pas exempt de vomissemens noirs, et dans combien d'autres cas, les vomissemens noirs n'ont-ils pas lieu en l'absence de toute dégénération cancéreuse de ce viscère.

J'ai vu une femme grosse qui rendait des mucosités noires de suie toutes les fois qu'elle vomissait à vide et avec effort.

Nous avons vu que les ulcères simples aigus et chroniques de l'estomac étaient également accompagnés de vomissemens noirs.

Les érosions et ulcérations superficielles de la muqueuse gastrique peuvent avoir le même résultat: je veux dire le vomissement noir.

On ne saurait révoquer en doute l'existence des hémorrhagies gastriques par exhalation, c'est-à-dire des hémorrhagies indépendantes de toute solution de continuité. On doit l'inférer au moins de l'état d'intégrité des fonctions digestives avant et après le vomissement. Le cas le plus remarquable que j'aie vu de vomissement noir sans accidens primitifs ou consécutifs est celui d'une dame âgée de soixante-dix ans, qui, sans cause connue, vomit, immédiatement après son dîner, avec les alimens, une pleine cuvette de sang couleur de suie. Je soupçonnai un cancer latent; mais quelques jours de régime suffirent pour la rétablir. Cette dame est morte à l'âge de quatre-vingt-quatre ans d'un cancer de l'utérus. Ne serait-il pas possible toutefois que, même dans un grand nombre de cas de vomissemens noirs idiopathiques, il existât de petites érosions de l'estomac de la nature de celles figurées XXXI[e] livraison, pl. 1. Je serais d'autant plus porté à croire à cette étiologie de beaucoup d'hématémèses

présumées idiopathiques, que les érosions hémorrhagiques de l'estomac sont assez fréquentes, et que, depuis que mon attention est fixée sur ce genre de lésion, je l'ai observée un grand nombre de fois. J'ai communiqué dans le temps à M. Breschet, pour son mémoire sur la mélanose, publié en 1821 (1), le premier fait d'érosion hémorrhagique de l'estomac que j'eusse observé : il a pour sujet une femme âgée de soixante-cinq ans environ, destinée à nos dissections. Je trouvai la face interne de l'estomac parsemée de taches noires, arrondies, semblables à de larges pétéchies et entourées d'une auréole rosacée. Ces taches étaient formées par une matière noire, que je comparais alors à celle des ganglions bronchiques, parce que, dans ce temps, je n'établissais aucune distinction entre la couleur ardoisée et la couleur de suie, et que je considérais ces deux colorations comme identiques et appartenant à la même espèce de mélanose. A chaque tache de matière noire répondait une légère excavation ou érosion de la membrane muqueuse.

L'intestin iléon et le gros intestin offraient une éruption tout-à-fait semblable à celle de l'estomac, avec cette différence que le sang n'avait pas la même nuance de coloration, et qu'il semblait infiltré dans l'épaisseur de la muqueuse, au lieu d'être libre à la surface de cette muqueuse, et contenu dans une petite érosion. Outre cette éruption pétéchiale, la face interne de l'iléon, du cœcum et du colon ascendant, présentaient une couleur rouge foncée avec épaississement léger de la membrane muqueuse.

Du reste, il n'est pas douteux que les ulcérations et érosions hémorrhagiques ne soient susceptibles de guérison à l'aide d'un régime approprié. Pour les maladies de l'estomac, c'est presque toujours un traitement négatif, c'est l'absence de tout stimulant. Que de choses l'on guérit par le régime!

(1) Consultez: G. Breschet, *Considérations sur une altération organique appelée dégénérescence noire, mélanose, cancer mélané*, etc., Paris, 1821, in-8, fig.—C. A. Noack, *de Melanosi tum in hominibus tum in equis obviente specimen pathologiæ comparatæ*, Lipsiæ, 1826, in-4, fig. —P. Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e édition, Paris, 1835, t. III, p. 688 et suiv. et *Atlas*, pl. 15.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

(PLANCHE II ET III, XXXIV^e LIVRAISON.)

Maladies de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin.

Je dois les pièces représentées planches 2 et 3 à l'obligeance et au zèle de M. Briquet, médecin de l'hôpital Cochin.

Avec quelque exactitude qu'ait été tracée l'histoire de la maladie, il est bien difficile de rattacher les symptômes observés au lit du malade, aux lésions constatées après la mort, et jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues jeter quelque jour sur cette matière, cette observation, dont il n'existe peut-être aucun exemple dans la science, ne pourra être invoquée que comme fait d'anatomie pathologique extrêmement remarquable sur les maladies des follicules de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin.

La médecine marche par deux voies bien distinctes, mais qui convergent vers le même but: 1° par l'observation clinique qui note les symptômes et leurs corrélations, et qui, lorsqu'elle rencontre des phénomènes encore inaperçus ou des corrélations nouvelles de symptômes considère ces groupes de symptômes comme traduisant à l'extérieur ou une maladie nouvelle ou une forme nouvelle de maladie; 2° par l'anatomie pathologique, qui constate une lésion nouvelle ou quelque forme nouvelle d'une lésion connue, et en fait un genre à part, une espèce ou bien une simple variété. Or, le genre, l'espèce ou la variété morbide ne peuvent être constitués d'une manière définitive, et prendre droit de cité dans la science que lorsque les caractères cliniques et les caractères organiques se sont, pour ainsi dire, rencontrés dans leurs déterminations.

EXPLICATION DES FIGURES.

PLANCHE I

Estomac. La surface interne de l'estomac, qui n'est nullement injectée, présente un grand nombre de replis sinueux, affectant assez exactement la disposition des circonvolutions cérébrales. Ces replis, si irrégulièrement contournés sur eux-mêmes offrent cependant une direction générale de l'orifice cardiaque vers l'orifice pylorique: ils s'arrêtent à une petite distance du pylore.

Indépendamment de ces replis, la surface interne de l'estomac offre, dans toute son étendue, une multitude innombrable de granulations, pressées les unes contre les autres, qui ne sont autre chose que les cryptes muqueux, considérablement développés. Vus à la loupe, ces cryptes muqueux paraissent troués à leur centre. Quelques-uns sont entourés d'un cercle noirâtre ou ardoisé qui les limite parfaitement et rend leur étude plus facile.

La coupe CM, CM, a pour but de montrer l'épaisseur de la membrane muqueuse dans un des points où cette épaisseur était la plus considérable. On voit que les membranes de l'estomac, autres que la muqueuse, sont complètement étrangères aux replis sinueux, lesquels sont exclusivement constitués par un double de membrane muqueuse, dont les deux moitiés sont réunies par un tissu cellulaire très lâche. Cette membrane muqueuse aurait pu être facilement disséquée dans toute son étendue, tant était lâche le tissu cellulaire séreux qui l'unissait aux membranes subjacentes. Si l'existence d'une membrane ou tunique fibreuse de l'estomac, intermédiaire à la muqueuse et à la musculeuse, et parfaitement distincte du tissu cellulaire sous-muqueux, avait eu encore besoin d'être démontrée, cette pièce pathologique aurait suffi pour lever toute incertitude à cet égard.

La dissection de la membrane muqueuse MM, faite de dehors en dedans sur la grosse tubérosité de l'estomac, montre et la disposition de la membrane muqueuse, vue par sa face externe, et la manière dont elle se repliait sur elle-même, pour constituer les replis en forme de circonvolutions.

Du reste, sous la membrane muqueuse très épaissie, les autres tuniques de l'estomac ont conservé leur ténuité accoutumée, si bien que, préalablement à toute dissection, les replis ou circonvolutions de la membrane muqueuse se manifestaient à l'extérieur par des espèces de bosselures, ainsi qu'on peut le voir sur la figure, dans la partie de la surface externe de l'estomac qui avoisine la grosse tubérosité.

Considérée sous le point de vue de sa consistance, la membrane muqueuse était dense et en même temps fragile : elle se déchirait avec la plus grande facilité. Sa couleur n'offrait rien de remarquable.

G, G sont des ganglions lymphatiques qui tenaient à la séreuse par une espèce de lien celluleux. Ce sont bien des ganglions lymphatiques, et leur présence sur la grosse tubérosité de l'estomac n'est qu'une anomalie. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer ainsi des ganglions lymphatiques sous-séreux sur des points autres que la grande et la petite courbure de l'estomac.

La planche 2 représente le duodénum et le commencement de l'intestin grêle.

La planche 3 représente la partie inférieure de ce même intestin grêle et le gros intestin. Dans l'intestin grêle, de même que dans le gros intestin, on voit une multitude de granulations de volumes divers, presque toutes pédiculées, ainsi qu'on l'a figuré pour un grand nombre (planche 3). Il y avait des pédicules composés, c'est-à-dire des pédicules qui, uniques à leur extrémité adhérente, se divisaient en deux ou trois pédicelles, soutenant chacun une granulation. Les pédicules représentaient si exactement la forme des papilles ou villosités, que j'ai dû examiner la question de savoir si les granulations n'étaient pas des espèces de tubercules développés à l'extrémité libre d'un certain nombre de villosités; mais une observation attentive m'a démontré que ces granulations n'étaient autre chose que des follicules muqueux, et que les replis muqueux auxquels elles étaient appendues étaient le résultat de la traction exercée par ces follicules sur la membrane muqueuse qu'ils soulevaient; que, s'il avait pu exister quelques doutes à cet égard, ces doutes auraient été levés par cette considération que les granulations présentaient tous les intermédiaires depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un très gros pois.

Du reste, la membrane muqueuse était parfaitement saine : elle avait conservé sa couleur, sa consistance et son épaisseur accoutumée, même au niveau des granulations qu'elle recouvrait.

Les granulations de tous les ordres étaient imperforées, ce qui n'étonnera pas, si l'on considère que, dans l'état normal, les follicules de l'intestin grêle sont constamment imperforés, disposition qui n'a point encore été expliquée, et qui a fait admettre l'hypothèse d'une excrétion par exosmose.

Toutes les granulations étaient creusées d'une cavité centrale, remplies d'un mucus qui m'a paru de même nature que le mucus tapissant les intestins. Ces granulations n'étaient donc autre chose que l'ampoule folliculaire développée. Plusieurs de ces granulations étaient de couleur ardoisée ou noirâtre, mode de coloration si fréquent sur la membrane muqueuse et qui atteste presque toujours l'existence d'une fluxion sanguine antérieure ou long-temps continuée. Le mucus contenu dans les follicules noirâtres présentait la même coloration que les parois elles-mêmes.

Les follicules agminés n'avaient pas échappé à ce grand développement. On voit plusieurs petits groupes de follicules, planche 2. On en trouve d'énormément développés (pl. 3) sur la fin de l'intestin grêle. Ces follicules sont saillans, de couleur noire ardoisée.

La planche 3 représente la valvule iléo-cœcale, le cœcum, le colon ascendant, l'arc du colon, la fin de l'S iliaque et le commencement du rectum. Les granulations y sont plus multipliées encore que dans l'intestin grêle, et leur développement est plus uniforme. Sur les bords de la coupe de l'intestin, on voit plusieurs granulations qui ont été divisées en deux moitiés et sur lesquelles on peut très bien apprécier la dispotion ampullaire de ces granulations, et la coloration diverse de leurs parois. Je dois dire que, bien loin d'avoir exagéré le nombre des granulations, j'ai cru en devoir faire diminuer ce nombre. Les granulations constituaient une couche uniforme, et étaient tellement pressées les unes contre les autres, qu'on ne pouvait, dans leur intervalle, apercevoir la moindre partie des parois intestinales. Du reste, ces granulations présentent identiquement la disposition et la structure des granulations de l'intestin grêle. Nulle part on ne découvre de pertuis propre à évacuer le mucus contenu au centre des granulations; la pression exercée sur ces granulations ne fait suinter du mucus par aucun point. On a d'autant plus lieu de s'étonner de l'identité des follicules du gros intestin et des follicules de l'intestin grêle, sous le rapport de l'imperforation, qu'un de leurs caractères différentiels dans l'état sain, c'est la présence d'un pertuis visible à l'œil nu pour le gros intestin, et l'absence de ce pertuis pour l'intestin grêle.

Les particularités si remarquables, figurées pl. 2 et 3, ne sont qu'une partie de celles qu'a présentées l'autopsie du sujet de cette curieuse observation, la plupart des ganglions lymphatiques du canal digestif et un assez grand nombre de ganglions lymphatiques des extrémités avaient considérablement augmenté de volume. Voici, du reste, l'observation telle qu'elle a été publiée par M. Briquet dans le journal l'*Institut médical*, n° du 15 juillet 1839 : elle a pour titre : *Observation d'adénite chronique avec altération spéciale des follicules muqueux du tube digestif.*

« Marchand (Jean-Pierre), âgé de 41 ans, maître-maçon, d'une constitution robuste et n'ayant jamais été malade, a depuis un an ressenti de vifs chagrins et subi un changement défavorable dans son régime alimentaire.

« Il y a six mois que, sans causes connues, cet homme ressentit une légère douleur avec gonflement dan

les testicules et surtout dans celui du côté droit; en même temps il se manifesta une tuméfaction légèrement douloureuse dans les ganglions lymphatiques inguinaux, et surtout dans ceux de l'aine droite.

«Peu après le ventre se gonfla, devint douloureux et tendu, l'appétit n'étant pas complètement détruit, les digestions se faisant régulièrement, mais étant suivies d'une constipation opiniâtre qui ne permettait de garde-robes que tous les cinq ou six jours.

«Enfin, il y a quatre mois, il survint une angine tonsillaire à la suite de laquelle se développèrent des ganglions indolens qui finirent par occuper tout le pourtour de la mâchoire inférieure.

«Depuis le moment où les ganglions ont commencé à se développer, il y a toujours eu un malaise général, un sentiment continuel de fatigue et de faiblesse dans les membres, de la fréquence du pouls, de la chaleur de la peau, une sueur continuelle, et presque constamment une éruption miliaire qui occupait tout le tronc. Le malade a continué à se livrer à ses travaux, quoique avec moins d'ardeur que de coutume: il n'est jamais resté sans prendre d'alimens.

«Enfin, ennuyé de souffrir, il s'est présenté à l'hôpital Cochin, vers les premiers jours de septembre, dans l'état suivant: Amaigrissement modéré, coryza, muqueuse de la bouche d'un rouge assez vif, sentiment de cuisson et sensibilité de toute sa surface, développement considérable des papilles de la base de la langue, gonflement et légère teinte rosée des amygdales, qui sont dures, obstruent presque en entier l'isthme du pharynx et gênent la déglutition et la respiration. Autour de la mâchoire inférieure se trouve un chapelet continu de ganglions lymphatiques serrés les uns contre les autres, et allant de l'une à l'autre oreille. Nombreux ganglions sur les côtés et à la partie postérieure et supérieure du col. Ces ganglions sont assez consistans, un peu élastiques, arrondis, non bosselés, indolens à la pression, et ne sont le siége d'aucune douleur spontanée: ils soulèvent la langue, qui peut à peine se mouvoir dans la bouche, et, d'une autre part, ils compriment le conduit auditif de manière à causer une surdité assez prononcée.

«Les organes contenus dans le thorax sont à l'état normal: il n'y a pas de toux. L'abdomen est tendu, gros, indolent à la pression: on y sent profondément des masses dures qui en occupent le centre. L'appétit est nul; cependant le malade continue à manger: sa langue est grise; la soif est assez vive. Après l'ingestion des alimens, la tension du ventre augmente. Des coliques se font sentir de temps en temps: il y a une constipation invincible; les urines s'écoulent difficilement, mais sans douleur.

«Sous les aisselles et au pli des aines, sur les côtés du thorax, aux jarrets, ganglions lymphatiques, assez nombreux, semblables, pour l'aspect, à ceux qui se voient sous la mâchoire inférieure. Rien aux testicules: peau chaude, habituellement couverte de sueur et d'une éruption miliaire; pouls fréquent; malaise général; sentimens de fatigue et de faiblesse.

« *Diagnostic. — Stomatite et entérite chronique avec inflammation sympathique des ganglions lymphatiques correspondans. — Traitement.* Les phénomènes d'acuité de l'inflammation intestinale sont dissipés depuis trop long-temps pour qu'il y ait lieu d'espérer du succès de l'emploi des antiphlogistiques; cependant le malade est mis à l'usage des bains, des boissons adoucissantes, puis à la tisane de houblon et à l'iodure de potassium à petite dose: on lui accorde quelques alimens.

«A partir de cette époque jusqu'au 12 novembre, époque de la mort, le malade s'est graduellement affaibli; la stomatite a été en augmentant; une ulcération s'est établie sur la face interne de la joue droite; les ganglions lymphatiques correspondans sont devenus plus volumineux et plus douloureux que ceux du côté gauche, tous se sont accrus, et, en se développant du côté de la bouche, ils ont refoulé la langue vers la voûte du palais. Le volume toujours croissant des amygdales a augmenté la gêne de la déglutition et rendu la respiration tellement difficile et tellement râlante, qu'il y avait à chaque instant imminence de suffocation. Une légère toux s'est déclarée avec un peu de râle crépitant en arrière et à droite. Le malade a continué à manger, la digestion se faisant encore assez bien, et la constipation persistant, le ventre est resté tendu, peu sensible à la pression et faisant de temps en temps ressentir quelques coliques. Il y a eu de la diarrhée dans les derniers jours; les membres inférieurs, puis les supérieurs, se sont infiltrés; le pouls est resté fréquent, et enfin le malade, épuisé par la gêne de la respiration et fatigué par le malaise, a fini par s'éteindre.

« *Nécropsie.* Cerveau un peu mou, petite quantité de sérosité sous la pie-mère. La membrane muqueuse de la bouche a perdu la teinte rouge qu'elle avait pendant la vie: elle est pâle. Les environs de l'ulcération sont noirâtres. A la base de la langue on trouve des follicules muqueux hypertrophiés d'une manière remarquable: il en est qui sont gros comme un pois, à base pédiculée, avec une ouverture centrale et des parois très épaisses, dures et grisâtres. Les autres follicules, moins gros, forment une couche épaisse, dans laquelle ils sont serrés les uns contre les autres dans tout l'espace compris entre le V de la langue et l'épiglotte. Les amygdales, qui ont un volume double de celui qui est normal, offrent leur cavité centrale presque effacée: elles sont formées par un tissu grisâtre, demi transparent, dur, assez analogue au tissu de la prostate. Les glandes arythénoïdes sont volumineuses; la muqueuse de l'épiglotte est rouge; le larynx, la trachée et l'œsophage sont à l'état normal; l'estomac présente une altération bien remarquable. Cet organe a son volume ordinaire. La muqueuse est blanche presque partout, légèrement rosée dans quelques points: elle

offre dans toute son étendue un plan de trois à quatre lignes d'épaisseur, formé par des follicules muqueux hypertrophiés, serrés les uns contre les autres et disposés, du cardia au pylore, en une couche continue dont la surface, ayant plus d'étendue que la membrane musculeuse, forme de gros replis sinueux qui donnent à l'estomac renversé l'apparence d'un cerveau d'adulte, dépourvu de ses membranes. Cette muqueuse est recouverte d'un mucus épais et grisâtre. Les deux autres membranes sont à l'état normal.

« La muqueuse des intestins grèles est partout grisâtre et de consistance normale; mais sa surface est hérissée de milliers de saillies, discrètes pour le plus grand nombre, confluentes en quelques points: ce sont les follicules muqueux hypertrophiés et transformés en kystes.

« Ces organes se présentent sous divers aspects.

« Les uns sont sessiles, aplatis, lenticulaires, d'une à deux lignes de diamètre, de couleur blanchâtre, semblables à des plaques cartilagineuses. Les autres sont pédiculés, ovoïdes, semblables à une petite vessie du volume d'un pois, de couleur rosée, avec de nombreuses ramifications de vaisseaux capillaires pour les uns, violacés et même noirâtres pour les autres. On ne peut distinguer d'orifice sur aucun d'eux. En les comprimant modérément, il n'en sort aucun liquide. Si on les comprime un peu plus fort, on les écrase, et par le grattement on les enlève. En les ouvrant avec le scalpel, il en sort un liquide visqueux analogue à celui qui tapisse les parois de l'estomac, un véritable mucus assez épais. Cette matière est grisâtre et demi transparente dans les follicules de couleur blanche, noirâtre et souillée par une matière analogue à la matière pulmonaire dans les follicules noirs, et mêlés à du sang dans ceux qui sont d'un rouge violet. La cavité de ces follicules est facile à distinguer; la couleur de sa surface est analogue à celle du follicule lui-même; les parois en sont assez épaisses, molles, et peuvent avoir une ligne d'épaisseur.

« Dans la première moitié de l'intestin grèle, ces follicules sont nombreux; car il n'est pas de pouce carré qui n'en contienne douze ou quinze: les uns sont blancs, les autres sont colorés. Dans la seconde moitié, ils sont pour la plupart blanchâtres et du volume d'un grain de millet: leur nombre est encore plus considérable que dans la première moitié. On trouve aussi de nombreuses plaques de Peyer, qui vont en s'allongeant à mesure qu'on se rapproche de la valvule iléo-cœcale, elles sont d'un rouge assez foncé, qui tranche fortement avec la couleur grise de la membrane muqueuse elle-même. Ces plaques font saillie d'une ligne au moins, leur consistance est peu considérable, et la muqueuse qui les recouvre est tuméfiée. La valvule iléo-cœcale a pris beaucoup de développement: elle est de couleur violacée et couverte de follicules miliaires et pisiformes très nombreux et formant en quelque sorte une couche sur la muqueuse.

« Dans le gros intestin les follicules sont encore très nombreux: leur volume est considérable; car ils sont gros pour la plupart comme l'extrémité du petit doigt. Ils sont d'un violet foncé, pédiculés ou sessiles, et contiennent un mucus semblable à celui des follicules de l'intestin grèle. La membrane muqueuse elle-même n'offre pas la moindre rougeur et conserve sa consistance normale. Le plan des cryptes muqueux qui ne sont pas hypertrophiés est fort prononcé, ces cryptes sont serrés les uns contre les autres, et on peut facilement distinguer leurs nombreux orifices. L'appendice vermiculaire du cœcum a cinq ou six pouces de longueur, et son épaisseur égale celle du pouce: il est formé en grande partie par une agglomération de follicules hypertrophiés, et il contient dans sa cavité deux à trois cuillerées d'un pus verdâtre, épais et visqueux.

« Les tuniques musculeuse et séreuse du tube digestif n'offrent rien d'anormal: il est impossible de distinguer sur leur surface, ainsi que sur celle du mésentère, la plus petite trace de vaisseaux lactés.

« Les ganglions lymphatiques qui sont annexés aux diverses parties du tube digestif offrent un développement remarquable. Sous la mâchoire inférieure, ils forment une couche continue allant de l'une à l'autre oreille, le long des côtés du col ils représentent un chapelet. Dans le mésentère et dans les mésocolons ils composent une masse qui en contient plusieurs centaines et qui remplit tout l'abdomen. Dans ces divers lieux ils ont à-peu-près le même aspect. Ils sont allongés, assez régulièrement ovoïdes, lissés à l'extérieur, de consistance assez homogène, souples ou mous, d'un volume qui varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing d'un adulte, et d'une couleur légèrement rosée. A l'intérieur ils sont formés d'un tissu assez homogène, légèrement rosé pour les uns, marbrés de rose, de rouge et de violet pour les autres. Les moins rouges sont ceux qui ont le plus de consistance: ils ressemblent à la substance grise d'un cerveau un peu ferme. Les autres, beaucoup plus mous, et ce sont les plus gros, ont l'aspect des masses encéphaloïdes prêtes à se ramollir; enfin il en est qui sont à l'état de pulpe rougeâtre. Les ganglions correspondans à la joue ulcérée sont plus volumineux et plus rouges que ceux du côté opposé; ceux de l'abdomen sont les plus gros et les plus mous; quelques-uns d'entre eux sont entourés d'une coque mince d'une couleur bleue, jaunâtre et assez analogue au tissu jaune des artères.

« Le péritoine conserve sa couleur blanche; le mésentère n'est point injecté; les glandes salivaires et le pancréas ont plus de volume que d'habitude. Le foie très gros est d'un rouge foncé sans autre altération. La rate, également très volumineuse, présente, sur la séreuse qui la revêt, quelques granulations lenticulaires, blanchâtres et de consistance comme cartilagineuse. Les reins et la vessie sont à l'état normal; mais la prostate volumineuse, dure et blanchâtre, comprime la portion prostatique de l'urèthre.

« Les poumons sont volumineux, et ils adhèrent aux parois du thorax par un tissu cellulaire lâche. A droite on trouve un peu de sérosité trouble dans les mailles de ce tissu, et quelques fausses membranes sur la partie correspondante du poumon. Ces organes sont résistans, engoués d'une sérosité spumeuse à leur sommet, et d'un rouge à peine perméable à l'eau. Dans leurs deux tiers inférieurs ils sont très volumineux; les bronches sont un peu rouges dans leurs premières divisions; quelques-unes contiennent un mucus purulent. A leur origine se voient quelques ganglions bronchiques et assez gros. Le cœur est un peu volumineux; le ventricule gauche est un peu épaissi; les testicules sont à l'état normal; les ganglions lymphatiques des aisselles et du pli de l'aine de chaque côté sont gros et présentent la même apparence que les autres. Il y a une légère infiltration du tissu cellulaire sous-cutané des membres.

« Deux particularités fort remarquables dominent dans cette observation. La première est la transformation en kystes des follicules du tube digestif. Ce mode d'altération paraît n'avoir point encore été observé dans ces organes. Dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Baillie, il n'en est nullement fait mention. M. Cruveilhier, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique,* n'a point eu l'occasion de parler des follicules intestinaux. M. Andral, en s'occupant de l'hypertrophie des follicules, dit qu'elle peut amener l'épaississement de leurs parois, causer l'oblitération de leurs orifices, et déterminer la formation de tumeurs assez grosses, qu'on peut rencontrer dans l'estomac des chevaux; mais il ne dit pas que l'on en ait vu chez l'homme, où, selon lui, elles sont très rares dans l'estomac et plus communes à la fin de l'intestin grêle. Billard (1) décrit un cas de ce genre qu'il observa chez un jeune enfant; mais, comme il ne savait à quoi le rapporter, il ne pensa pas que c'était une transformation kysteuse de ces follicules. Le fait que je rapporte est donc le premier où cette affection se soit présentée d'une manière assez évidente pour écarter tout sujet de doute, et fournir une analogie de plus entre la peau et les muqueuses, puisque ces kystes ne sont rien autre chose que les tannes de la peau.

« Maintenant quelle cause a pu donner lieu à une semblable altération, et quelles lésions de fonctions a-t-il dû en résulter?

« Il est probable que, chez ce malade, il y avait depuis long-temps, et peut-être depuis la naissance, une hypertrophie très prononcée des follicules muqueux de l'estomac et du tube digestif, et par conséquent une augmentation d'activité de ces organes glanduleux qui les a disposés à contracter facilement l'inflammation.

« Tout fait présumer qu'il y a eu une entérite prononcée: l'inflammation se sera portée plutôt sur les follicules que sur les autres parties de la muqueuse, et, ce qui le prouve, c'est que les plaques de Peyer étaient gonflées et rouges et que, parmi les follicules hypertrophiés, il y en avait dont la surface était fort injectée, et d'autres qui, violacés à leur face extérieure, contenaient du sang dans leur cavité. L'inflammation a pu déterminer l'épaississement des parois des follicules, et, par suite, amener le rétrécissement, puis l'oblitération des orifices de ces glandes, ainsi que cela arrive aux autres orifices dont l'inflammation chronique cause toujours le rétrécissement.

« Des renseignemens pris ultérieurement m'ont fait connaître que le sujet de cette observation avait été remarquable par son grand appétit et la rapidité de la digestion de ses alimens: c'était, d'après ce qu'on m'en a dit un grand mangeur. Du reste, les divers observateurs rapportent que, chez les individus qui avaient été pris de boulimie habituelle, on a toujours trouvé un développement considérable des cryptes muqueux ou une grande épaisseur dans les parois du tube digestif, épaisseur dépendant très probablement du volume du plan des cryptes. Depuis sa maladie, cet homme a constamment été pris d'une constipation opiniâtre, qui ne lui permettait d'aller à la selle que tous les sept ou huit jours: c'est le seul dérangement qu'on puisse rapporter à la lésion des follicules.

« Quelles peuvent être les suites de cet état kysteux et quel traitement y aurait-il à faire? Chez les animaux, les parois des follicules, ainsi développés, se durcissent et deviennent cartilagineux; mais il pourrait se faire que l'inflammation chronique s'emparât du follicule et le détruisît par voie d'ulcération. On ne voit guère de médication bien appropriée à cette maladie, si ce n'est l'emploi des astringens, de l'alun, de la noix de galle, de l'eau de Rabel; peut-être que des purgatifs, en excitant la contractilité des fibres musculaires de l'intestin; pourraient en quelque sorte exprimer de ces follicules le liquide qu'ils contiennent, en amener l'évacuation complète, puis opérer l'annihilation de la cavité du kyste.

« La seconde particularité de cette maladie est le développement remarquable des ganglions lymphatiques. Evidemment il avait pour point de départ une inflammation de la membrane muqueuse correspondante. Cette inflammation n'a pu être prouvée dans le tube digestif, puisque les phénomènes de cette phlogose ne sont point caractéristiques; mais le développement des ganglions dans le mésentère était le même que celui des ganglions sous-maxillaires. Or, ces derniers étaient évidemment nés sous l'influence d'une inflammation bien positive de la membrane muqueuse de la bouche. Par une conséquence forcée, il faut bien admettre que la muqueuse intestinale a également été le siège d'une inflammation. Mais pourquoi cette entérite a-t-elle, dans ce cas, influencé les ganglions plus qu'elle ne fait ordinairement? Peut-être le chagrin, la mauvaise

(1) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle,* 3e édition, avec des notes, par M. Ollivier (d'Angers). Paris, 1837, in-8°, page 416.

nourriture auxquels cet homme a été soumis, ont-ils prédisposé les ganglions à contracter une inflammation lente, comme cela a lieu pour les scrofuleux ; peut-être y a-t-il un rapport entre l'hypertrophie des follicules et le gonflement des ganglions. Toujours est-il que la ganglite a été sympathique. On notera comme phénomène remarquable que, malgré une inflammation d'une durée de cinq à six mois, aucun ganglion n'a présenté le plus faible aspect tuberculeux.

« Depuis l'époque à laquelle cet article a été rédigé, il a paru dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales,* un travail de M. Bretonneau, dans lequel les follicules muqueux du tube digestif sont considérés comme des espèces d'ampoules sans orifice, au travers desquelles l'absorption s'opère par une espèce d'endosmose. Sans admettre que tous ces cryptes soient imperforés, comme le pense le célèbre médecin de Tours, il ne me répugne pas de croire qu'il peut se trouver, sur la muqueuse du tube digestif, des espèces de renflemens creux susceptibles de s'hypertrophier. Et alors tous les kystes dont il a été question dans cette note ne seraient pas autre chose. Toujours est-il qu'aucun vaisseau chilifère ne partait de leurs bases, et cela a été bien examiné, attendu que, voyant tous les kystes imperforés, la première pensée a été qu'ils pouvaient bien n'être que le sommet des villosités à l'état d'hypertrophie. »

J'ai peu de chose à ajouter aux réflexions qui précèdent; je ferai cependant remarquer que la coïncidence du développement considérable des ganglions abdominaux et du développement des follicules de l'estomac et des intestins ne me paraît pas démontrer une relation de cause à effet entre ces deux altérations, qui peuvent être tout-à-fait indépendantes l'une de l'autre. A l'appui de cette indépendance de lésion, je pourrais invoquer les deux argumens suivans : 1° Les engorgemens ganglionaires n'étaient pas exclusivement bornés aux ganglions correspondans au canal alimentaire. On en voyait encore sous les aisselles, au pli des cuisses, sur les côtés du thorax et au creux des jarrets. 2° Dans combien de circonstances ne trouve-t-on pas, altérés et même profondément désorganisés, des ganglions lymphatiques qui correspondent à des muqueuses parfaitement saines. Sans doute, dans un certain nombre de cas, l'altération de la muqueuse a pu se dissiper, tandis que celle des ganglions persistant présente tous les caractères d'une lésion idiopathique, alors qu'au fond elle constitue une lésion purement symptomatique; mais on voit tous les jours des ganglions se développer autour d'une muqueuse ou d'une peau saine. Voyez les ganglions sous-maxillaires, les ganglions cervicaux, etc. Qui n'a rencontré des ganglions mésentériques, désorganisés de manière à former des poches ou kystes remplis d'une matière semblable à du mastic de vitrier, dans des cas où la muqueuse intestinale correspondante était dans l'état le plus parfait d'intégrité?

J'ai eu occasion de disséquer le corps de deux sujets, chez lesquels le plus grand nombre de ganglions lymphatiques avaient subi une dégénération que j'ai jugée de nature cancéreuse encéphaloïde, sans qu'aucun autre organe présentât la plus légère altération. Les ganglions de l'aine et les ganglions axillaires constituaient des tumeurs monstrueuses.

Dans le cas actuel, à quelle altération rapporter les engorgemens ganglionaires? Ne les ayant pas vus, je ne puis en juger que par la description fidèle de M. Briquet et par les deux petits ganglions, qui étaient restés adhérens à l'estomac. Eh bien! l'idée m'est venue que ces ganglions pouvaient bien avoir subi la dégénération cancéreuse encéphaloïde, et cette manière de voir se trouve confirmée par la description de M. Briquet lui-même, qui, après avoir donné à son observation le titre d'*adénite chronique,* décrit ainsi l'altération des ganglions : « tissu assez homogène, légèrement rosé pour les uns, marbré de rose, de rouge et « de violet pour les autres. Les moins rouges sont ceux qui ont le plus de consistance : ils « ressemblent à la *substance grise d'un cerveau un peu ferme.* Les autres, beaucoup plus « mous, ont l'aspect de *masses encéphaloïdes prêtes à se ramollir;* enfin il en est qui sont « à l'état de pulpe rougeâtre ». Il serait difficile de ne pas reconnaître dans cette description les principaux traits d'une dégénération cancéreuse encéphaloïde.

Quant à l'altération des follicules intestinaux, j'ai fait sur cette lésion toutes les hypothèses imaginables. Je me suis demandé si ces granulations pouvaient être des tubercules cancéreux; mais j'ai été conduit à les considérer comme des kystes muqueux, formés par le développement des follicules intestinaux. Une chose bien digne de remarque, c'est l'intégrité parfaite de tous les élémens de la membrane muqueuse, autres que les follicules. L'estomac seul présentait une augmentation notable dans l'épaisseur de sa membrane interne.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

(PLANCHE I, XXVII$_e$ LIVRAISON.)

Cancer.

Maigreur squellétique avec vomissèmens intermittens.—Erosion de la muqueuse gastrique.—Hyperthrophie des membranes fibreuse et musculeuse. — Granulations miliaires des épiploons. — Plaques opalines du péritoine.

L'estomac représenté fig. 1, pl. 1, XXVIII^e liv., a beaucoup d'analogie avec l'estomac représenté fig. 2, pl. 4, X^e liv. Il en diffère cependant à quelques égards, ainsi que j'aurai soin de l'indiquer. Voici d'ailleurs l'histoire de la malade à laquelle il a appartenu.

Marie-Félicité Legay, âgée de 66 ans, est malade depuis 14 mois. Sa maladie a débuté par de violentes douleurs d'estomac, surtout après le repas et suivies de vomissemens. Elle est entrée à l'hôpital de la Pitié, d'où elle a été évacuée sur la Salpêtrière, après deux mois de séjour. Couchée au n. 33, salle Ste-Anne, elle me présente l'état suivant : maigreur excessive, sans coloration particulière de la peau ; les vomissemens sont intermittens. Contrairement à ce qu'on observe habituellement dans les maladies chroniques de l'estomac, la malade est gaie et même facétieuse. Je n'eus pas de grands frais de diagnostic à faire ; car la malade me dit de suite qu'elle avait un cancer de l'estomac : elle parut peu satisfaite lorsque, dans l'espérance d'agir sur son moral, je lui dis que la chose n'était pas démontrée. L'exploration de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche me permit de reconnaître une résistance, mais sans circonscription manifeste. Dans les derniers jours de la vie seulement, je pus limiter une tumeur oblongue qui représentait assez bien la forme et la direction de l'estomac. La malade conserva sa gaîté presque jusqu'au dernier moment et mourut dans le marasme le plus complet.

Ouverture du cadavre. — Un peu de sérosité dans la cavité péritonéale ; le péritoine est parsemé de tubercules miliaires et de taches opalines légèrement proéminentes, semblables à des gouttes de cire qui se seraient aplaties : les tubercules et les taches m'ont paru développés au-dessous du péritoine.

Le grand épiploon raccorni était parsemé de tubercules miliaires ou granulations blanches, qui contrastaient par leur couleur avec les granulations adipeuses disséminées dans l'épaisseur de l'épiploon, granulations adipeuses qui avaient acquis une grande densité, si bien qu'au toucher on aurait dit des tubercules. — Le petit épiploon présentait également des tubercules miliaires ou granulations.

L'estomac (fig. 1) est considérablement revenu sur lui-même. Divisées le long de la grande courbure, ses parois présentent une épaisseur très considérable mais inégale : ainsi la plus grande épaisseur répond à la région pylorique. A partir du pylore P, elle diminue progressivement jusqu'au cardia.

La surface interne de l'estomac (fig. 1) est comme granuleuse où mieux d'apparence aréolaire : on n'y trouve que des débris de la membrane muqueuse qui n'est reconnaissable et susceptible d'être disséquée qu'au voisinage des orifices. L'épaisseur de l'estomac au voisinage du pylore est de 5 lignes ; elle est due à l'hypertrophie des membranes fibreuse et musculeuse : la membrane fibreuse a deux lignes d'épaissenr et la membrane musculeuse trois lignes. On voit ces deux membranes diminuer graduellement d'épaisseur à mesure qu'on s'éloigne du pylore. Au voisinage du cardia, la membrane fibreuse l'emporte en épaisseur sur la membrane musculeuse.

Dans certains points de la surface interne de l'estomac, les fibres musculaires sont à nu : il y avait donc, dans ces points, destruction de la membrane muqueuse et de la membrane fibreuse. Du reste, la tunique musculeuse présente, comme dans tous les cas d'hypertrophie, des lignes alternativement rouges et blanches ; les stries blanches sont le résultat de la transformation fibreuse du tissu cellulaire qui unit entre eux les faisceaux de cette tunique.

Le rétrécissement de l'orifice cardiaque de l'estomac O C a eu pour conséquence une dilatation assez considérable de l'œsophage OE. La rate R est petite, mais saine. Le foie est sain. La vésicule du fiel est remplie de petits calculs et revenue sur elle-même. Le canal cholédoque dilaté. — Le pancréas sain, sans adhé-

rence avec l'estomac. — La capsule surrénale gauche adhérait au grand cul-de-sac de l'estomac par un tissu fibreux.

Réflexions. —L'altération que je viens de décrire n'est autre chose qu'une hypertrophie des membranes fibreuse et musculeuse de l'estomac : cette hypertrophie paraît être un effet consécutif de la dégénération de la membrane muqueuse, qui a été presque entièrement détruite dans toute l'étendue de l'estomac. Mais quelle est cette dégénération? Bien que les débris de la membrane muqueuse ne présentent pas les caractères du cancer aréolaire gélatiniforme, je suis porté à penser que telle a été primitivement la lésion de l'estomac. — La grande différence qui existe entre l'estomac représenté fig. 2, x^{e} liv. et l'estomac représenté fig. 1, xxvii^{e} liv., c'est que dans le premier cas, toute l'épaisseur de l'estomac avait subi la dégénération gélatiniforme, tandis que dans le second, la dégénération occupait la membrane muqueuse seulement.

L'altération de l'estomac représentée fig. 1, établit, de la manière la plus péremptoire, l'existence dans cet orgne d'une membrane fibreuse bien distincte du tissu cellulaire sous-muqueux : cette membrane fibreuse, qui constitue la charpente de l'estomac, joue un grand rôle dans les altérations organiques de cet organe; elle isole la membrane muqueuse des autres membranes de l'estomac, sous les rapports physiologique et pathologique non moins que sous le rapport anatomique.

L'hypertrophie joue un rôle si important dans les maladies de l'estomac qu'elle a été confondue, même anatomiquement, avec le cancer dur ou squirreux par un grand nombre d'observateurs : l'hypertrophie est une conséquence nécessaire de l'irritation exercée sur l'estomac par suite de l'irritation exercée sur la membrane muqueuse, d'où la nécessité, l'indispensable nécessité du régime dans les maladies chroniques de l'estomac : or, le régime pour l'estomac, c'est le repos et malheureusement ce repos ne saurait être absolu; mais en éloignant, autant que possible, toutes les causes de stimulation par une alimentation aussi ténue que possible, en guérissant la phlegmasie de l'estomac, on pourra faire cesser l'hypertrophie et avec elle le rétrécissement qui seul suffit pour déterminer de graves accidens, lorsqu'il a son siège soit à l'orifice pylorique, soit à l'orifice cardiaque.

Que si, dans le cas dont il s'agit, on révoquait en doute le caractère cancéreux de la maladie de la muqueuse gastrique, je trouverais dans les granulations miliaires des deux épiploons, dans les granulations et les taches blanches du péritoine un argument décisif en faveur de ce caractère. Au reste, rien de plus fréquent que la lésion des deux épiploons dans les maladies de l'estomac; et si on admettait des départemens pour les lésions de chaque organe, je dirais que la lésion des épiploons est dans le département des lésions de l'estomac. — Je ne dois pas omettre l'intégrité parfaite de tous les autres organes. La maladie avec hypertrophie cancéreuse de l'estomac était donc purement locale.

Enfin, la persistance de la gaîté avec une altération aussi grande de l'estomac est un phénomène fort remarquable qui s'explique en partie par l'intermittence des vomissemens. On se demande : Comment la digestion peut-elle s'effectuer avec une altération aussi grave de l'estomac ou plutôt sans l'intervention de l'estomac? car un estomac dépourvu de membrane muqueuse est, par rapport à la digestion, comme un estomac qui n'existe pas.

Ce problème est bien digne d'attirer toute l'attention des physiologistes. L'émaciation extrême de la malade, malgré la nourriture qu'elle prenait, prouve suffisamment l'imperfection des phénomènes digestifs.

L'observation suivante présente plusieurs traits d'analogie avec celle qui précède; on y verra les désordres que peut déterminer l'inflammation chronique de cet organe et la nécessité de l'analyse anatomique des lésions pour en apprécier le véritable caractère.

Maigreur squellétique de l'estomac.—Cancer avec hypertrophie considérable de cet organe, de l'œsophage et du diaphragme.—Perte de substance de l'estomac remplacé par le pancréas, la rate et le duodénum. Fistule gastro-duodénale. — Les ganglions lymphatiques qui entourent la partie supérieure de l'aorte abdominale sont indurés. — Rate infiltrée de pus concrété.

Marie-Jeanne Delley, 43 ans, femme de ménage, ayant eu 5 enfans dont le dernier avait cinq ans, non réglée depuis deux mois, est entrée dans mon service le 9 octobre 1836 dans l'état suivant : maigreur extrême et par conséquent ride naso-labiale extrêmement prononcée: point de teinte particulière de la peau.— Gracilité très grande du pouls : appétit : lorsqu'elle a pris des alimens, la malade éprouve pendant une heure beaucoup de gêne à l'épigastre et puis la digestion s'accomplit. Soif modérée. La malade est gaie et son sourire contraste péniblement avec l'émaciation squellétique de ses traits. Point de vomissemens.—La malade ne peut rester couchée que sur le côté droit : elle n'a jamais souffert à l'épigastre, mais elle souffre à gauche de l'épigastre, le long des fausses côtes : là on reconnaît une tumeur considérable qui déborde la base du thorax et semble s'enfoncer dans l'hypochondre gauche; cette tumeur est extrêmement sensible à la pression.

Ce qui me frappe, c'est la circonscription parfaite de la maladie, c'est l'absence de tout phénomène sympathique. Il est évident que si on arrivait à rétablir la digestion stomacale, la malade guérirait immédiatement.

Commémoratifs. — Il y a dix-huit mois, mal de cœur, et néanmoins appétit, éructations après l'ingestion des alimens : la malade était singulièrement fatiguée par les vents qu'elle sentait remonter de l'estomac. Plusieurs fois le jour, vomissement non des alimens, mais de mucosités abondantes.

La malade s'inquiétait peu de cet état qu'elle rapportait à une mauvaise alimentation, car elle n'avait pas d'heure fixe pour ses repas, et le beurre et le fromage étaient la base de sa nourriture. Pour remédier aux mauvaises digestions, elle prenait de la liqueur d'absinthe qui lui faisait du bien, dit-elle, et qu'elle continua pendant quatre mois environ.

Les vomissemens fréquens pendant les six premiers mois s'éloignèrent par degrés. Ils avaient complètement cessé depuis quatre mois.

Peu de temps après son entrée, vers la fin d'octobre, retour des vomissemens qui sont glaireux, très fréquens, ont le goût bilieux sans en avoir la couleur et n'ont jamais la saveur acide. Langue sèche. La malade ne peut rester couchée qu'à droite ; la douleur occupe toujours le rebord des fausses côtes gauches. Toux dont les secousses déterminent une douleur vive à l'épigastre.

4 novembre : pour la première fois depuis sa maladie, vomissemens bilieux qui continuent les jours suivans. Stomatite pseudo-membraneuse. Douleur à l'épigastre.

9 novembre, dévoiement. Toux très fréquente, catharrale; pouls misérable. — Sentiment de faiblesse. — Douleur très vive à l'estomac. — La malade s'éteint le 15 novembre.

Ouverture. — Au voisinage du pylore, l'estomac adhérait aux parois abdominales. Un travail de suppuration s'était manifesté à la surface externe de l'estomac, au niveau de l'adhérence. Divisé le long de sa grande courbure, l'estomac (voyez fig. 2) a présenté à sa face postérieure une grande perte de substance ULC : le pancréas remplaçait les parties détruites. L'extrémité inférieure de la rate concourait également à oblitérer cette perte de substance que circonscrit un rebord circulaire très saillant. Le pancréas n'est pas dégénéré. Il y a eu là un ulcère chronique de l'estomac qui s'est terminé par cicatrisation. Mais à droite de cette cicatrice existe une large ouverture de communication entre l'estomac et le duodénum pour constituer une fistule gastro-duodénale FGD. Des eschares fétides occupent le pourtour de cette large ouverture fistuleuse. Sur la figure, on voit la 3e portion du duodénum se porter de bas en haut pour s'ouvrir dans l'estomac, et du pourtour de l'ouverture de communication descendre le commencement de l'intestin grêle.

Les parois de l'estomac sont singulièrement hypertrophiées. La membrane fibreuse constitue les trois quarts de l'épaisseur de l'estomac. La membrane musculeuse forme l'autre quart.

Une circonstance fort remarquable, c'est que l'hypertrophie est générale et s'étend du côté de l'orifice cardiaque OC tout aussi bien qu'à l'orifice pylorique ; bien plus, elle a envahi la partie inférieure de l'œsophage OE et la portion voisine du diaphragme DIA qui est devenue adhérente à l'œsophage.

La rate R, d'un volume plus considérable que de coutume, couchée presque horizontalement le long de la grande courbure de l'estomac, obturait en partie la perte de substance de la face postérieure : elle offrait à sa surface des marbrures de décoloration, et une incision pratiquée à leur niveau a montré que, dans une grande partie de son étendue, le tissu de la rate était devenu blanchâtre, compacte, fragile. Je considère cette altération comme le résultat d'une inflammation chronique, de la combinaison du pus avec le tissu de la rate. Elle est assez commune à la suite des splénites intermittentes.

Les ganglions lymphatiques qui entourent la portion de l'aorte correspondante à l'estomac sont volumineux et indurés. Tous les autres organes sont sains.

Réflexions. — Nulle part, dans cette description, on ne voit de tissu cancéreux : et je suis porté à considérer la lésion représentée fig. 2, pl. 1, XXVII[e] livr. comme une conséquence de l'inflammation chronique de l'estomac : et voici comment j'analyserais cette observation. La malade a eu d'abord un ulcère chronique simple de la face postérieure de l'estomac, ulcère qui a détruit toute l'épaisseur des parois, lesquelles ont été remplacées par le pancréas : la cicatrisation a été parfaite excepté en bas et à droite, où l'ulcération ayant continué, l'inflammation s'est terminée par gangrène ; le pancréas a été détruit dans la portion correspondante et la communication avec le duodénum s'est établie. Il est probable que ce n'est que dans les derniers temps qu'a eu lieu cette communication : les eschares qui tapissaient les parois du trajet fistuleux et l'état aigu survenu dans les derniers temps, ne permettent guère d'en douter.

L'épaississement de la tunique fibreuse de l'estomac est une conséquence de la fluxion longtemps continuée sur la membrane muqueuse. — Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'hypertrophie ait franchi la limite du cardia et envahi la partie inférieure de l'œsophage; il ne l'est pas moins que le diaphragme ait participé à l'hypertrophie : j'ai déjà dit que lorsqu'un organe contractait adhérence avec un autre organe altéré dans sa structure, la lésion organique pouvait s'y propager par continuité de tissu, comme si les deux organes étaient naturellement continus : ainsi l'hypertrophie de l'estomac s'est étendue au diaphragme comme elle s'est étendue à la partie inférieure de l'œsophage.

Il est presque certain que le régime convenablement employé dès le début d'affections semblables, pourrait les prévenir en faisant cesser l'inflammation qui en est le principe.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DU PÉRITOINE.

(PLANCHE III, XXXVII^e LIVRAISON.)

Cancer gélatiniforme de l'estomac et du péritoine. — Forme tuberculeuse du cancer du péritoine.

Je n'ai aucun renseignement sur le sujet auquel a appartenu la pièce anatomique représentée dans cette planche. Mon but principal a été de figurer un cas de tubercules cancéreux du péritoine coïncidant avec un cancer de l'estomac. Je voulais aussi constater ce fait qui m'a paru constant, savoir que, dans le cas de dégénération, comme aussi dans le cas d'inflammation du péritoine, la portion du péritoine qui est déplacée subit la même altération que la portion du péritoine qui est encore contenue dans la cavité abdominale.

Estomac. La presque totalité de l'estomac (Pl. 3, fig. 1), la portion pylorique P exceptée, et la fin de l'œsophage OE, avaient subi la dégénération cancéreuse gélatiniforme. La disposition bosselée, mamelonnée de la surface externe de l'estomac; sa surface interne, qui est comme érodée dans beaucoup de points, l'épaisseur si considérable de ses parois, surtout au voisinage de l'œsophage; la disposition aréolaire de sa trame, sa demi-transparence, son aspect gélatiniforme rappellent exactement les figures des planches III et IV, X^e livraison.

La figure 2, qui représente une coupe de l'estomac grossie, donne une idée aussi parfaite que possible de la structure des parties dégénérées, structure qui consiste dans une trame fibreuse aréolaire, dont les mailles sont remplies par une sorte de gelée transparente. Au milieu de cette gelée, j'ai trouvé quelques concrétions blanches amorphes, s'écrasant ou résistant sous le doigt, qui n'étaient probablement autre chose que du phosphate ou du carbonate calcaire. Je n'ai pu découvrir aucun vaisseau sanguin dans l'épaisseur de cette trame. Les vaisseaux sanguins occupaient la surface seulement de l'estomac.

L'extrémité inférieure de l'œsophage OE présente la même dégénération aréolaire et gélatiniforme que l'estomac. Le calibre de cette extrémité inférieure était rétréci, et cependant il n'existait pas de dilatation au-dessus de cette portion rétrécie, ce qui suppose qu'il n'y avait pas d'obstacle notable au passage des matières alimentaires de l'œsophage dans l'estomac.

Le grand, le petit épiploon, l'épiploon gastro-splénique, les appendices épiploïques, sont en quelque sorte farcis d'une multitude innombrable de granulations et de tubercules variables pour la forme et le volume: ici disséminés, lenticulaires, pisiformes; là agglomérés, formant des masses irrégulières, entremêlées de flocons de graisse qui sont souvent disposés en traînées le long des vaisseaux : on dirait des tubercules jetés çà et là au milieu d'un tissu adipeux très sain. C'est un phénomène pathologique fort curieux que ce contraste d'une exhalation de graisse à côté d'une exhalation morbide d'une nature aussi grave que celle du cancer. Ce n'est pas la première fois que j'ai eu l'occasion de faire cette remarque. Souvent, au centre des mamelles ou de ganglions axillaires cancéreux, on rencontre des flocons d'une graisse aussi pure que celle qui est sécrétée dans toute autre partie du corps.

Des tubercules et granulations du grand épiploon, les uns occupent les deux feuillets antérieurs, les autres les deux feuillets postérieurs. Plusieurs de ces tubercules sont pédiculés, appendus à un repli membraneux, extrêmement mince et parfaitement sain (voy. fig. 1). Assurément le cancer du péritoine fournit l'exemple d'une dégénération développée dans le tissu le moins composé de l'économie, et il est à remarquer que cette dégénération offre là les mêmes caractères que dans les organes les plus composés.

Tous ces tubercules ou masses tuberculeuses présentent les caractères suivans: un grand nombre de vaisseaux superficiels occupent leur circonférence: ce sont des vaisseaux veineux. Chaque tubercule, chaque granulation a son petit plexus veineux; mais, dans l'épaisseur de chaque tubercule, il n'y a pas un seul vaisseau sanguin. Les plus petites granulations, comme les plus grosses masses, présentent la même texture que l'estomac et l'œsophage dégénérés, savoir une trame fibreuse dont les mailles sont remplies de matière gélatineuse. La trame fibreuse, qui, à raison de sa ténuité, ne peut être souvent distinguée qu'à l'aide de la loupe, tranche par sa couleur blanche sur la transparence de la matière gélatiniforme. Cette matière gélatineuse n'est pas susceptible d'être exprimée à la manière du suc cancéreux cérébriforme: par la pression, le tissu se déchire et les doigts restent couverts d'une matière visqueuse.

L'examen des tumeurs ombilicales présente les particularités suivantes. L'une de ces tumeurs HO est vraiment ombilicale et passe par l'anneau: elle est formée par l'épiploon E, qui est disposé en masses pédiculées,

rence avec l'estomac. — La capsule surrénale gauche adhérait au grand cul-de-sac de l'estomac par un tissu fibreux.

Réflexions. —L'altération que je viens de décrire n'est autre chose qu'une hypertrophie des membranes fibreuse et musculeuse de l'estomac : cette hypertrophie paraît être un effet consécutif de la dégénération de la membrane muqueuse, qui a été presque entièrement détruite dans toute l'étendue de l'estomac. Mais quelle est cette dégénération? Bien que les débris de la membrane muqueuse ne présentent pas les caractères du cancer aréolaire gélatiniforme, je suis porté à penser que telle a été primitivement la lésion de l'estomac. — La grande différence qui existe entre l'estomac représenté fig. 2, x^e liv. et l'estomac représenté fig. 1, XXVII^e liv., c'est que dans le premier cas, toute l'épaisseur de l'estomac avait subi la dégénération gélatiniforme, tandis que dans le second, la dégénération occupait la membrane muqueuse seulement.

L'altération de l'estomac représentée fig. 1, établit, de la manière la plus péremptoire, l'existence dans cet orgne d'une membrane fibreuse bien distincte du tissu cellulaire sous-muqueux : cette membrane fibreuse, qui constitue la charpente de l'estomac, joue un grand rôle dans les altérations organiques de cet organe ; elle isole la membrane muqueuse des autres membranes de l'estomac, sous les rapports physiologique et pathologique non moins que sous le rapport anatomique.

L'hypertrophie joue un rôle si important dans les maladies de l'estomac qu'elle a été confondue, même anatomiquement, avec le cancer dur ou squirreux par un grand nombre d'observateurs : l'hypertrophie est une conséquence nécessaire de l'irritation exercée sur l'estomac par suite de l'irritation exercée sur la membrane muqueuse, d'où la nécessité, l'indispensable nécessité du régime dans les maladies chroniques de l'estomac : or, le régime pour l'estomac, c'est le repos et malheureusement ce repos ne saurait être absolu ; mais en éloignant, autant que possible, toutes les causes de stimulation par une alimentation aussi ténue que possible, en guérissant la phlegmasie de l'estomac, on pourra faire cesser l'hypertrophie et avec elle le rétrécissement qui seul suffit pour déterminer de graves accidens, lorsqu'il a son siège soit à l'orifice pylorique, soit à l'orifice cardiaque.

Que si, dans le cas dont il s'agit, on révoquait en doute le caractère cancéreux de la maladie de la muqueuse gastrique, je trouverais dans les granulations miliaires des deux épiploons, dans les granulations et les taches blanches du péritoine un argument décisif en faveur de ce caractère. Au reste, rien de plus fréquent que la lésion des deux épiploons dans les maladies de l'estomac ; et si on admettait des départemens pour les lésions de chaque organe, je dirais que la lésion des épiploons est dans le département des lésions de l'estomac. — Je ne dois pas omettre l'intégrité parfaite de tous les autres organes. La maladie avec hypertrophie cancéreuse de l'estomac était donc purement locale.

Enfin, la persistance de la gaîté avec une altération aussi grande de l'estomac est un phénomène fort remarquable qui s'explique en partie par l'intermittence des vomissemens. On se demande : Comment la digestion peut-elle s'effectuer avec une altération aussi grave de l'estomac ou plutôt sans l'intervention de l'estomac? car un estomac dépourvu de membrane muqueuse est, par rapport à la digestion, comme un estomac qui n'existe pas.

Ce problème est bien digne d'attirer toute l'attention des physiologistes. L'émaciation extrême de la malade, malgré la nourriture qu'elle prenait, prouve suffisamment l'imperfection des phénomènes digestifs.

L'observation suivante présente plusieurs traits d'analogie avec celle qui précède ; on y verra les désordres que peut déterminer l'inflammation chronique de cet organe et la nécessité de l'analyse anatomique des lésions pour en apprécier le véritable caractère.

était principalement affecté, et, sans avoir de limites bien précises, l'altération occupait une zone de deux pouces environ à partir de cette concavité. C'était également le long des grande et petite courbures de l'estomac que le développement de granulations en grappes était considérable.

L'estomac lui-même avait subi la dégénération carcinomateuse dans toute son étendue, excepté au voisinage du pylore. L'altération s'arrêtait d'une manière bien tranchée à un pouce de cet orifice. L'estomac dégénéré avait augmenté considérablement d'épaisseur, surtout dans la paroi postérieure. Je n'ai pas noté d'une manière détaillée les caractères de l'altération; j'ai dit seulement que l'estomac était fongueux et injecté à sa surface interne, dur, squirrheux et blanchâtre dans son épaisseur.

Réflexions. Grâces aux progrès de l'anatomie pathologique, le diagnostic, dans les hydropisies ascites, ne se borne plus à constater la présence du liquide dans la cavité péritonéale; cet épanchement constaté, reste encore à résoudre cette autre question souvent si difficile : Quelle est la cause de l'épanchement? avons-nous affaire à une hydropisie essentielle, ou bien à une hydropisie symptomatique d'une lésion organique du péritoine, telle que péritonite chronique tuberculeuse ou autre, cancer du péritoine? est-ce une hydropisie symptomatique de la lésion de quelqu'un des viscères abdominaux? Je ne connais aucun viscère abdominal dont l'altération organique ne puisse avoir pour conséquence un épanchement péritonéal; le foie, la rate, l'estomac, l'intestin, l'utérus, l'ovaire, le rein, peuvent en être la source : il suit de là que le traitement de l'ascite est subordonné à une foule de circonstances, et qu'une méthode uniforme de traitement pour tous les cas d'ascite est un non-sens.

Il faut le dire cependant, l'empirisme l'emporte très souvent ici sur la théorie; un grand nombre d'hydropisies ascites, consécutives ou symptomatiques, cèdent au traitement par les dérivatifs dirigés sur les voies digestives et urinaires. Les liquides épanchés obéissent, pour ainsi dire, à l'appel fait sur des surfaces éminemment perspirables et sécrétantes, mais il est rare que l'absorption du liquide soit complète; la cause organique de l'ascite devient tôt ou tard plus puissante que les moyens dérivatifs; le liquide se reproduit, et souvent, dans les courts instans pendant lesquels il a été résorbé, on a pu constater, par une palpation attentive, la cause organique de son exhalation.

L'histoire qu'on vient de lire est à peu de chose près celle de tous les cancers du péritoine primitifs ou consécutifs; les malades ne se croient indisposés et ne consultent qu'au moment où l'abdomen augmente notablement de volume : en voici encore quelques exemples :

Ascite consécutive à un cancer du grand épiploon et à des tubercules cancéreux, disséminés dans le péritoine.

Faisant la visite à la Salpêtrière pour un de mes collègues, en juin 1835, je remarquai une femme âgée de 50 ans environ, qui avait un commencement d'ascite et chez laquelle je pus néanmoins reconnaître une tumeur hypogastrique. Cette malade mourut le 22 août par suite des progrès de l'ascite, qui ne tarda pas à masquer complètement la tumeur; la ponction ne fut pas pratiquée.

J'assistai à l'ouverture, et nous trouvâmes le grand épiploon transformé en une zone de deux pouces et demi de largeur et d'un pouce d'épaisseur. La section de cette masse donne une surface spongieuse aréolaire, de laquelle on fait sourdre, à l'aide d'une compression légère et par une foule de points, du suc cancéreux, lequel est, dans certaines régions, assez consistant pour s'échapper à la manière d'un ver tortueux. En examinant avec soin le tissu de l'épiploon, privé par la pression de tout le suc cancéreux qu'il contenait, j'ai reconnu une disposition exactement semblable à celle du tissu caverneux ou érectile, des cavités lisses, des valvules. Dans quelques points, le suc cancéreux était contenu dans de petites ampoules ou poches qui m'ont paru n'être autre chose que des veines dilatées.

Le péritoine présente, dans toute son étendue, des tubercules qui proéminent dans sa cavité, si bien qu'ils semblent naître de la surface interne de cette membrane; mais, avec un peu d'attention, j'ai reconnu que ces tubercules étaient formés par le suc cancéreux épanché sous le péritoine qu'il soulevait. Ce suc cancéreux était si abondant, qu'on aurait dit de véritables collections ou abcès de suc cancéreux, qui se vidaient à la manière d'un abcès, lorsqu'on incisait le péritoine.

Il y avait dans le bassin, entre le rectum et l'utérus, une masse cancéreuse considérable : c'était la tumeur que j'avais reconnue pendant la vie. Le tissu de l'utérus était parfaitement sain. Les ovaires semblaient avoir disparu, et les trompes utérines étaient altérées. Du reste, tous les organes thoraciques et abdominaux étaient parfaitement sains.

Réflexions. Le point de départ de la lésion me paraît être la masse cancéreuse contenue dans l'excavation du bassin. Il est difficile de dire si cette masse cancéreuse était formée primitivement aux dépens des ovaires ou aux dépens du péritoine. Le fait suivant, que je viens d'observer tout récemment, présente les mêmes incertitudes quant au point de départ. Les ovaires n'ont pu être retrouvés au milieu de la masse encéphaloïde énorme qui remplissait la plus grande partie de l'abdomen.

Ascite hémorrhagique consécutive à une masse encéphaloïde énorme, naissant du péritoine et remplissant une bonne partie de la cavité abdominale.

Antoinette Soupé, âgée de 50 ans, est venue de son pied à la consultation gratuite de l'hôpital de la Charité le 5 décembre 1840 : elle était soutenue par deux personnes. Sa face jaune paille et sa maigreur extrême attestaient une maladie chronique arrivée à sa dernière période. Je la reçus immédiatement dans mon service.

Le lendemain, 6 décembre, elle était mourante. Le pouls était très petit, très fréquent ; la langue sèche. La malade est dans une ignorance complète de son état, bien qu'elle ait la plénitude de ses facultés intellectuelles. Voici les commémoratifs. Jamais malade, n'a pas vu ses règles depuis trois ans et demi, fait remonter sa maladie au mois d'avril, époque où elle éprouva un saisissement occasioné par la mort imprévue de son frère. Depuis cette époque, dit-elle, elle a conservé dans l'abdomen une gêne assez considérable ; mais son ventre n'est devenu volumineux, de manière à appeler son attention que, depuis un mois environ : elle avait si peu d'inquiétude sur son état, qu'elle n'a consulté M. Nauche, son médecin, que deux fois, la première fois il y a quinze jours, la deuxième fois il y a huit jours. Encore s'est-elle rendue chez lui.

Etat actuel. Abdomen volumineux comme dans une ascite de moyennes dimensions. La fluctuation n'est pas évidente : il semble que le liquide, dont la présence est d'ailleurs manifeste, soit contenu dans des loges ou retenu par des adhérences. Une pression brusque, exercée dans divers points, opérait le déplacement du liquide et donnait la sensation d'un corps dur profondément situé. Du reste, la malade n'accuse aucune douleur : elle n'a jamais éprouvé autre chose qu'un sentiment de gêne et de tension dans l'abdomen. Jamais de diarrhée ; jamais de vomissemens : les urines sont peu abondantes.

Je diagnostique une péritonite chronique latente, probablement une péritonite tuberculeuse dont j'ai eu occasion de voir plusieurs exemples, qui m'avaient présenté les mêmes caractères cliniques. La malade mourut le lendemain matin.

Ouverture. Plusieurs litres de sérosité sanglante étaient contenus dans la cavité abdominale ; point de péritonite. Une masse encéphaloïde énorme, divisée en lobules, maculée de sang, remplissait l'hypogastre, les fosses iliaques, la région ombilicale et les régions lombaires.

Les intestins grêles, excessivement resserrés sur eux-mêmes, représentaient pour le volume les intestins d'un enfant nouveau-né : il en était de même du gros intestin. La masse encéphaloïde naissait évidemment du petit bassin : le grand épiploon se confondait avec elle et avait subi la même dégénération dans sa moitié inférieure ; il était sain dans sa moitié supérieure. Cette masse était d'une mollesse telle qu'elle se déchirait par le plus léger contact. Je la fis enlever avec les organes contenus dans la cavité pelvienne, à l'aide d'une section pratiquée sur le pubis de chaque côté de la symphyse, et je vis que la vessie était parfaitement saine, que l'uterus était également parfaitement sain ; que la tumeur naissait entre l'utérus et le rectum, qu'elle prenait en quelque sorte racine de la portion du péritoine, qui revêt la face postérieure de l'utérus et de celle qui revêt la face antérieure du rectum, que le grand épiploon, qui venait adhérer au fond de l'utérus, avait lui-même subi la dégénération dans toutes les parties de cet épiploon qui répondaient à la tumeur.

Au milieu de cette masse, il fut impossible de retrouver les ovaires et les trompes, soit que ces organes eussent été le point de départ de la maladie, soit qu'ils eussent été consécutivement envahis ; le tissu de l'utérus était d'ailleurs dans l'état le plus parfait d'intégrité. On voyait la végétation encéphaloïde naître de la surface libre du péritoine, qui revêt la face postérieure de l'utérus, de sorte qu'il était facile d'enlever, en râclant, toute la tumeur, sans altérer en rien le tissu de l'utérus, qui n'était nullement hypertrophié.

Rien n'égalait la mollesse de cette énorme tumeur, qu'il suffisait de comprimer légèrement pour la déchirer. Une section, pratiquée dans divers sens, a montré que le tissu de cette tumeur était blanc et mou à la manière d'une crême, ou mieux à la manière du cerveau d'un jeune enfant ; que ce tissu était pénétré de vaisseaux sanguins très considérables, d'apparence veineuse, dont un grand nombre était le siége d'une phlébite caractérisée par la coagulation du sang adhérent aux parois veineuses. Cette masse encéphaloïde était, en outre, parsemée d'une multitude de foyers sanguins, qui donnaient à ce tissu l'aspect d'un cerveau frappé d'apoplexie. De ces foyers sanguins qui constituaient en volume la moitié ou les deux tiers de la tumeur, les

uns étaient d'une date toute récente, les autres d'une date ancienne, annoncée par l'altération qu'avait subie le sang.

Du reste, il n'existait aucun tubercule dans tout le reste de l'étendue du péritoine; intégrité parfaite du foie, qui avait été refoulé en haut, et qui était petit, ainsi que la rate; intégrité de l'estomac et des organes contenus dans la cavité thoracique.

Reflexions. Que la maladie ait débuté par les ovaires ou par le péritoine, ce fait présente l'exemple d'une masse encéphaloïde, naissant à la manière d'un champignon de la surface interne du péritoine, et conséquemment ce cas n'en appartient pas moins aux cancers du péritoine.

Ce qu'il y avait de remarquable dans la masse cancéreuse péritonéale que je viens de décrire, c'était le grand nombre des foyers sanguins dont elle était pénétrée et dont plusieurs avaient le volume du poing. Rien n'est plus fréquent que la présence de foyers sanguins dans les masses encéphaloïdes en général, ce qui n'étonnera pas, si l'on considère le grand nombre de vaisseaux qui les pénètrent, vaisseaux d'apparence veineuse, et la fragilité de ces vaisseaux dont les parois excessivement ténues se déchirent avec la plus grande facilité. Peut-être aussi la phlébite hémorrhagique, source d'un si grand nombre d'hémorrhagies spontanées, se développe-t-elle souvent au sein de ces tumeurs; et je suis convaincu que, dans le cas actuel, le plus grand nombre des foyers avait été la conséquence de phlébites, car j'ai trouvé un grand nombre de ces vaisseaux remplis de sang coagulé et adhérent.

Je ferai remarquer combien, dans l'exploration de ces tumeurs, il importe d'user de prudence, d'éviter toute pression considérable; il est certain que, sans la présence du liquide contenu dans la cavité péritonéale, une pression ordinaire, exercée dans le but de reconnaître ou de délimiter la tumeur, aurait pu entraîner des ruptures dont les conséquences sont faciles à prévoir.

L'ascite hémorrhagique était évidemment ici le produit de la rupture d'un foyer sanguin de nouvelle formation, et il est infiniment probable que cette rupture, et l'hémorrhagie considérable qui en a été la suite, ont accéléré la mort.

Au reste, les ascites hémorrhagiques appartiennent bien plutôt aux péritonites tuberculeuses qu'aux maladies cancéreuses du péritoine proprement dites, ainsi que j'aurai l'occasionde le démontrer plus tard.

L'observation suivante fournira un exemple de cancer tuberculeux du péritoine, indépendamment de toute espèce d'altération correspondante dans les viscères abdominaux.

Tympanite. — Ascite commençante. — Cancer de l'épiploon.— Tubercules cancéreux du péritoine.

Femme Chatenay, 77 ans, entra le 1er août 1838, à l'infirmerie de la Salpêtrière dans l'état suivant dévoiement; abdomen très volumineux, météorisé; douleur obtuse dans l'abdomen, douleur que n'augmente nullement la plus forte pression; soupçon de liquide dans la cavité abdominale; légère réaction fébrile.

Pour commémoratifs, je recueillis que cette femme n'avait jamais été malade; que les symptômes abdominaux ne dataient que de quinze jours et le dévoiement de huit jours; qu'avant cette époque, elle jouissait de la plénitude de sa santé. Un coup sur l'abdomen, reçu trois mois auparavant, pouvait-il rendre compte de la maladie actuelle.

Diagnostic. Le dévoiement, qui, du reste, s'arrête de suite, ne pouvait expliquer l'état de l'abdomen. L'exploration la plus attentive ne me fit découvrir aucune lésion appréciable dans les viscères abdominaux. Je m'arrêtai à l'idée qu'il pouvait y avoir ici une de ces phlegmasies chroniques et sans douleur du péritoine, qui sont si souvent méconnues. Un météorisme et une sorte d'empâtement permanent de l'abdomen, ne sont jamais à dédaigner dans le diagnostic des maladies abdominales.

Le 6 août, la malade n'était pas plus mal que le jour de son entrée. Le lendemain matin, elle était morte. On me raconta que toute la journée s'était bien passée; que, la nuit, elle avait dit à l'infirmière qu'elle allait se mettre sur le côté, et qu'elle était morte dans cette attitude.

Ouverture. Un litre environ de sérosité dans la cavité péritonéale; grand épiploon ratatiné, réduit à une zone de trois travers de doigt de largeur et d'un pouce d'épaisseur, appendu à la gran decourbure de l'estomac et recouvrant l'arc du colon. En comprimant l'épiploon entre les doigts, on faisait suinter sans effort

par une multitude de points, du suc cancéreux aussi pur, aussi crêmeux que possible. L'épiploon divisé, j'ai vu qu'il était constitué comme de coutume par une masse graisseuse et que le suc cancéreux suintait par points isolés, qui m'ont paru être les orifices des vaisseaux divisés. Le suc cancéreux était renfermé dans les vaisseaux sanguins.

Le petit épiploon était épaissi, parsemé de plaques et de granulations de nature cancéreuse. Les diverses régions du péritoine, et surtout le mésentère, présentaient une multitude de tubercules très inégaux quant au volume, proéminens à la surface libre du péritoine et pouvant être enlevés sans intéresser le tissu même du péritoine. Quelques plaques d'aspect cireux se voyaient aussi çà et là. De ces plaques et tubercules, les uns avaient le caractère évidemment cancéreux, les autres ne pouvaient être considérés comme cancéreux que par analogie.

Dans le petit bassin, dont le péritoine était également parsemé de tubercules, existait un kyste, situé derrière l'utérus, auquel il adhérait, kyste formé par l'un des ovaires (je n'ai pas noté lequel) contenant une matière dense et brune.

Du reste, tous les viscères abdominaux étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité. La muqueuse du gros intestin présentait une rougeur légère.

Deux sacs herniaires passaient par l'anneau crural gauche. De ces deux sacs, l'un était antérieur, à orifice étroit; l'autre était postérieur. Ces deux sacs présentaient, comme le péritoine pariétal, des tubercules cancéreux.

Les deux poumons étaient œdémateux dans la plus grande partie de leur étendue, et c'est à cet œdème subitement survenu que j'attribue la mort. L'infirmière de nuit m'a affirmé avoir entendu la malade râler.

Voilà encore un exemple de péritoine primitivement cancéreux indépendamment de toute lésion dans les viscères abdominaux. L'étude du cancer dans des organes d'une texture aussi élémentaire que le péritoine, chargé d'une fonction aussi simple que l'exhalation séreuse et adipeuse, me paraît infiniment propre à éclairer l'anatomie pathologique de texture de la dégénération cancéreuse.

MALADIES DES INTESTINS. INVAGINATIONS.

(Planche vi, xxi^{e} livraison.)

Fig. 1, 2, 3. *Chute du rectum, ou invagination du rectum au dedans de lui-même.*

La figure 1 représente une chute de rectum HR observée chez un vieillard de Bicêtre. (1)

On ne trouve point de rigole ou cul-de-sac circulaire entre le sphincter et l'intestin déplacé. La tumeur emble naître directement de l'anus.

La fig. 2 représente une chute de rectum HR observée chez une petite fille de 6 à 7 ans. On ne voit as non plus ici de rigole circulaire : la peau du périnée et du pourtour de l'anus P se continue sans ligne e démarcation avec la surface muqueuse de l'intestin. L'orifice O qui occupe la partie inférieure de la umeur est circulaire.

La fig. 3 représente la coupe du bassin appartenant au même sujet. P est le pubis, V la vessie, U l'utérus, le vagin. On voit que la hernie du rectum HR est une invagination de la partie supérieure de l'intestin ans la partie inférieure. Le point de réflexion du péritoine a été figuré avec beaucoup de soin, 1° en rrière, où l'on voit qu'il est très élevé; 2° en avant, où il a lieu à la partie inférieure de la tumeur : deux irignes écartent les surfaces péritonéales contiguës de la partie invaginée et de la partie invaginante: n avant, le cul-de-sac péritonéal CSP est le lieu le plus déclive; en arrière, la partie invaginante est nie à la partie invaginée à l'aide du tissu cellulaire adipeux.

Réflexions. — Il suit de ce qui précède, 1° que le déplacement du rectum a lieu sans éplacement du vagin chez la femme, de même qu'il a lieu sans déplacement de la vessie hez l'homme; 2° que la surface invaginante comme la surface invaginée sont revêtues ntérieurement par le péritoine, ce qui suppose que les adhérences naturelles du vagin et u rectum ont cédé par suite du déplacement; 3° que si on incisait la tumeur en avant, nême dans le lieu le plus déclive, on pénétrerait immédiatement dans la cavité périto-éale, tandis qu'en arrière une pareille pénétration n'aurait pas lieu.

Il est probable que la chose doit toujours être ainsi, c'est-à-dire que, dans la chute du ectum, les adhérences de cet intestin avec le vagin chez la femme, et avec la vessie chez homme, doivent céder; cependant j'ai noté, dans un cas de chute du rectum chez une emme adulte, que le renversement commençait au-dessus des adhérences intimes qui nissent le vagin à l'intestin.

Dans les renversemens anciens et considérables du rectum, l'orifice anal est énorme, et ses imites sont celles du détroit inférieur; le sphincter est singulièrement atrophié, ses fibres sont âles et se continuent, sans ligne de démarcation tranchée, avec les fibres circulaires de l'intes-in rectum : j'ai vu un cas dans lequel le sphincter avait subi un commencement de trans-ormation graisseuse. Les fibres circulaires de la tunique musculeuse du rectum m'ont paru galement atrophiées dans toute la portion invaginante de l'intestin, tandis que les fibres ongitudinales étaient plus fortes que de coutume. La muqueuse n'adhère aux membranes ubjacentes que faiblement et à l'aide d'un tissu cellulaire très lâche.

L'atrophie du sphincter anal, qui est très certainement consécutive au déplacement du ectum, me paraît devoir être une cause de la persistance de ce déplacement, indépendam-nent de la cause qui l'a produit : d'où l'incurabilité des déplacemens du rectum lorsqu'ils nt une certaine ancienneté.

(1) J'avais fait figurer une coupe du bassin de ce sujet comme dans la fig. 3; mais n'étant pas bien sûr du trait qui représentait e point de réflexion du péritoine, point de réflexion qui me paraît fondamental dans ce cas, j'ai fait le sacrifice de cette figure, ue je trouverai tôt ou tard occasion de remplacer.

La méthode de Dupuytren, qui consiste dans plusieurs pertes de substance faites à la peau lâche qui répond au pourtour de l'anus, est très rationnelle. L'anneau étroit et peu extensible qui résulte de la cicatrisation de la peau ainsi excisée, s'oppose mécaniquement à la sortie de l'intestin, en attendant que le sphincter recouvre sa force contractile.

Quant à la difficulté que l'on éprouve à réduire l'intestin déplacé, elle tient, non à la perte du prétendu droit de domicile, mais bien aux changemens de rapports qu'a subis le péritoine, qui a été attiré sur toute la face antérieure du rectum, d'une part, et d'une autre part, sur toute la face postérieure du vagin chez la femme et sur tout le bas-fond de la vessie chez l'homme: elle tient encore à la laxité du tissu cellulaire qui entoure le reste de la circonférence du rectum.

L'observation suivante est remarquable par la difficulté que l'on a éprouvée à opérer la réduction, et par les accidens mortels qui ont suivi ces tentatives, faites, je crois, avec trop d'insistance.

Chute du rectum. Réduction laborieuse. État adynamique. — Mort. Abcès multiples dans le foie (phlébite).

Un homme, âgé de 60 ans, entre dans un hôpital en octobre 1823, pour une chute du rectum. La tumeur avait le volume du poing : elle était d'un rouge foncé, indolente. Au dire du malade, elle sortait habituellement pendant les efforts de défécation, mais rentrait immédiatement après. Elle n'était pas rentrée depuis la veille, et le malade avait inutilement tenté de la réduire.

Efforts de réduction considérables, à mon avis trop considérables. On parvint cependant à réduire la tumeur, et on se proposait de faire, au bout de quelques jours, l'excision de la peau du pourtour de l'anus.

Le lendemain, la face s'altère; vomissemens, hoquets; le pouls devient petit, inégal, intermittent : le malade ne se plaint d'aucune douleur, et n'a pas la conscience de son état. Il succombe le 5ᵉ jour.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons dans le foie une multitude innombrable de foyers purulens, les uns superficiels, les autres profonds. Ces foyers étaient irréguliers, inégaux en volume; autour d'eux, le tissu du foie était d'une couleur brun-ardoisé, et d'une fragilité remarquable.

Le pus était blanc, visqueux, et ne s'écoulait pas des foyers ouverts : cependant quelques-uns de ces foyers étaient remplis par une sérosité lactescente; d'autres foyers, qui étaient en quelque sorte à l'état naissant, présentaient des points blancs séparés les uns des autres par un tissu brun-ardoisé; quelques-uns plus avancés offraient à leur centre un petit foyer purulent, autour duquel était une couche épaisse brun-ardoisé ponctuée de blanc, ce qui donnait au tissu du foie l'aspect d'un granit à deux grains. Rate volumineuse, fragile, d'un rouge lie-de-vin extrêmement foncé.

Le péritoine était sain. Les follicules agminés et isolés de l'intestin grêle, étaient très développés; plusieurs présentaient des points noirs au niveau de la dépression centrale des follicules. L'estomac était sain.

L'intestin rectum, vu du côté du péritoine, était séparé de la vessie, par un cul-de-sac demi circulaire très profond qui répondait au lieu de l'invagination. Lorsqu'on réduisait le rectum, on voyait que l'anus était énormément dilaté et pouvait admettre le poing : ses dimensions étaient en quelque sorte déterminées par celles du détroit inférieur du bassin; le sphincter était atrophié.

Il y avait une hernie épiploïque et une hydrocèle à gauche. Comme de coutume, la tunique vaginale s'élevait au devant du sac herniaire, derrière lequel étaient éparpillées les parties constituantes du cordon spermatique.

Poitrine. Poumons, cœur sains. — *Tête.* Le cerveau et ses membranes sont dans l'état d'intégrité.

Réflexions. — Les abcès du foie, dont la formation me paraissait si difficile à expliquer au moment où j'ai observé ce fait, doivent être rapportés à une phlébite hépatique consécutive à une phlébite des veines hémorrhoïdales, lesquelles malheureusement n'ont pas été examinées dans ce cas.

Sous le point de vue clinique, ce fait constate les dangers des efforts de réduction exercés sur le rectum déplacé; il constate en outre la part que doivent prendre la dilatation excessive de l'anus et l'atrophie du sphincter à la reproduction de la maladie, et légitime la méthode de l'excision qui a pour but d'obtenir la constriction de l'orifice anal.

Les chutes du rectum ne sont autre chose que des invaginations de cet intestin au dedans de lui-même. Elles diffèrent des invaginations des autres parties du canal intestinal, 1° par la présence au dehors de l'intestin renversé sur lui-même, tandis que dans l'invagination

ordinaire, la partie invaginée qui forme deux doubles d'intestin, est reçue dans un troisième double qui lui sert de gaîne : dans l'invagination ordinaire, il y a trois doubles d'intestin; dans l'invagination du rectum, il n'y a que deux doubles. 2° Elle en diffère par le mécanisme de sa formation : dans l'invagination ordinaire, des deux doubles ou cylindres qui constituent la portion d'intestin invaginée, c'est le cylindre le plus interne qui se déplace le premier. Dans la chute ou invagination du rectum, le déplacement commence par la partie du rectum la plus voisine de l'anus, c'est la portion invaginante qui précède dans son déplacement la portion invaginée, au moins dans le principe; car une fois l'invagination commencée, l'accroissement ultérieur de la tumeur peut se faire par le déplacement de la portion invaginée.

Toutefois l'invagination du rectum pourrait avoir lieu par le mécanisme des invaginations ordinaires : alors la partie supérieure du rectum ou inférieure du colon s'enfoncerait dans la partie moyenne, et ces deux doubles s'enfonceraient eux-mêmes dans la partie inférieure de l'intestin; c'est dans ce cas qu'il existerait une rigole circulaire plus ou moins profonde entre l'orifice anal et les parties déplacées.

Invagination de la fin de l'intestin grèle et de l'appendice vermiculaire dans le cæcum et le colon ascendant, et du cæcum et du colon ascendant dans le colon transverse. — Mode chronique des accidens. — Péritonite. — Gangrène de l'intestin grèle. (1) (Fig. 4.)

Spino, 29 ans, fut pris, trois mois avant sa mort, d'un dévoiement considérable avec coliques, pour lequel il prit la médecine-Leroy, sous l'influence de laquelle le mal s'étant exaspéré, il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu le 12 mars 1834. Il en sortit incomplètement guéri, après dix-sept jours de traitement. Entré à l'hôpital Beaujon le 10 avril, il présenta les symptômes suivans : selles fréquentes avec coliques assez vives, n'ayant pas de siège spécial, mais revenant par crises pendant lesquelles on voyait se dessiner le long des colons ascendant et transverse des bosselures de la grosseur d'une noix, douloureuses à la pression, et qui disparaissaient après deux minutes de durée. Les crises terminées, le ventre était souple et insensible à la pression. Il n'y avait ni hoquets ni vomissemens. Point de fièvre; tous les phénomènes morbides sont concentrées dans le canal intestinal (Cataplasmes émolliens sur l'abdomen, onctions avec baume tranquille et extrait de belladone; deux lavemens avec amidon et pavots; eau de riz pour boisson, soupe pour tous alimens; un bain tous les deux jours). Le dévoiement ayant cessé avec les coliques, le malade sortit le 24 avril. De retour chez lui, des écarts habituels de régime ramenèrent les mêmes accidens : des crises plus intenses que celles précédemment indiquées se manifestèrent; elles consistaient dans des coliques pendant lesquelles le malade se roulait dans son lit; en même temps, il se dessinait, à la partie inférieure de l'hypocondre droit une tumeur du volume du poing, qui disparaissait avec bruit après cinq minutes de durée. Les nuits des 5, 6 et 7 mai furent terribles pour ce malheureux : les coliques étaient atroces et le rendaient comme furieux; en même temps, le ventre se tuméfia et devint douloureux. Spino n'entra à l'hôpital que le 11 mai. Il était dans l'état suivant :

Face altérée, grippée; extrémités presque froides; peau sèche; pouls petit, serré; 124 pulsations par minute : abdomen très tuméfié, excessivement douloureux. On ne sent aucune tumeur dans la fosse iliaque gauche; il n'y a point de dépression dans la fosse iliaque droite. Dévoiement : urines rares. (20 sangsues, fomentations, bains.)

Le 12, même état (15 sangsues). Le 13, éructations; deux vomissemens verdâtres, ventre plus tendu, beaucoup plus dur (frictions mercurielles, 4 gros). Dans la journée, dyspnée très grande; le malade ne peut respirer que dans la position assise.

Le 14, pouls petit à 132; extrémités froides : deux selles. Le soir, la dyspnée augmente : le malade dit à la sœur de salle que son ventre vient de grossir considérablement. Il meurt pendant la nuit.

Ouverture, 32 heures après la mort. *Poitrine :* diminution de son diamètre vertical, à raison du soulèvement du diaphragme. *Abdomen :* les parois incisées, il s'échappe une grande quantité de matières stercorales jaunes et liquides; dans les points déclives se voient quelques grumeaux présentant l'aspect du caseum. Le péritoine est tapissé par une exsudation blanche crémeuse, au-dessous de laquelle on découvre une coloration qui varie du rouge simple au rouge violet foncé.

Dans la fosse iliaque droite, on ne trouve pas de cœcum; les 4/5e inférieurs du colon ascendant manquent aussi, et à leur place se voient des anses de l'intestin grèle. Dans le colon transverse, on sent un corps

(1) Observation recueillie par M. Grisolles, interne à l'hôpital Beaujon, membre de la Société anatomique.

dur et volumineux : l'intestin GI, GI, incisé par sa face postérieure (1), permet de constater l'existence d'une tumeur dure, cylindroïde, de 7 pouces 6 lignes de long et de 5 pouces de circonférence (fig. 4). Sa couleur est ardoisée : des deux extrémités du cylindre qu'elle représente, l'une, qui regarde la fosse iliaque droite, se continue avec l'intestin; l'autre, libre et flottante, regarde l'hypocondre gauche.

Cette extrémité libre présente deux orifices, l'un antérieur, l'autre postérieur. L'orifice postérieur conduit dans l'intestin grèle; l'orifice antérieur conduit dans l'appendice vermiculaire, un repli falciforme VIC formé par la valvule iléo-cœcale séparée en deux orifices.

En incisant la tumeur cylindroïde formée par la portion d'intestin invaginée, on voit qu'elle est constituée, 1° au centre, par l'intestin grèle et par l'appendice vermiforme; 2° à sa surface par le cœcum et par le colon ascendant renversé.

Il suit de là qu'il y a, dans ce cas comme dans toutes les invaginations, trois cylindres d'intestin superposés, non compris l'appendice vermiculaire.

Le cylindre le plus extérieur est formé par la partie la plus élevée du colon ascendant et par le colon transverse, c'est la partie contenante; le cylindre moyen, qui forme la surface de la tumeur, est formé par le cœcum; le cylindre central est formé et par l'intestin grèle et par l'appendice vermiculaire.

Ces trois cylindres d'intestin invaginés l'un dans l'autre se correspondaient de la manière suivante : le cylindre externe et le cylindre moyen se touchent par leur surface muqueuse; ils sont libres d'adhérence. Le cylindre moyen et le cylindre central se touchaient par leurs surfaces séreuses, lesquelles adhèrent par des filamens qui offrent une certaine résistance. Entre les deux surfaces séreuses se voyaient une cuillerée à café de pus blanc, crémeux, inodore. L'appendice vermiculaire adhérait par des filamens très résistans.

L'intestin grèle qui constitue le cylindre central est extrêmement rétréci au centre de la tumeur; au-dessus de l'invagination, il est affaissé, et non dilaté comme dans les invaginations ordinaires; on trouve la raison de cette anomalie dans une déchirure circulaire à bords gangrénés au niveau de l'étranglement qu'a subi l'intestin en pénétrant dans la portion du gros intestin qui lui sert de gaîne.

La dissection du cylindre moyen, c'est-à-dire du cylindre formé par le colon ascendant et le cœcum, m'a montré un épaississement considérable de la tunique muqueuse, et un épaississement non moins considérable évidemment hypertrophique de la membrane fibreuse et de la membrane musculeuse : il résulte de cet épaississement, non moins que de la couleur ardoisée de la membrane muqueuse de l'intestin, que l'invagination était ancienne.

Réflexions. — Le malade a succombé à une péritonite et à un épanchement de matières fécales. La péritonite a-t-elle précédé, a-t-elle suivi l'épanchement des matières fécales? L'une et l'autre manière de voir peut également être soutenue : la péritonite peut, en effet, être déterminée par l'étranglement de l'intestin, comme cela se voit tous les jours dans les hernies; mais il serait possible que, dans le cas actuel, elle eût été le résultat de la déchirure de l'intestin et de l'épanchement. Que si on argue de la présence des pseudo-membranes en faveur d'une date pour la péritonite plus ancienne que pour l'épanchement, je répondrai que quelques heures suffisent pour produire des pseudo-membranes.

Il résulte du fait précédent, 1° que l'inflammation chronique du gros intestin peut devenir la cause de l'invagination; 2° que l'invagination peut avoir lieu d'une manière chronique et déterminer des accidens chroniques et même intermittens; 3° que la valvule iléo-cœcale est une barrière que l'intestin grèle invaginé ne saurait franchir, en sorte que, dans le cas d'invagination de la fin de l'intestin grèle, cette fin d'intestin grèle s'enfonce dans le cœcum et le colon ascendant, mais sans pouvoir pénétrer à travers la valvule iléo-cœcale. 4° Il suit encore de la présence de la valvule iléo-cœcale que si une invagination occupait la fin de l'intestin grèle, et si la cause qui produit l'invagination continuait à agir, cette invagination ne pouvant franchir la valvule iléo-cœcale, la masse invaginée pourrait s'invaginer encore dans le gros intestin renversé, en sorte qu'il y aurait deux invaginations complètes l'une dans l'autre; 5° que dans les invaginations de la fin de l'intestin grèle, l'extrémité libre de la tumeur présente deux ouvertures, tandis que dans les autres elle n'en présente qu'une seule; 6° que la présence de l'appendice vermiforme au centre de l'invagination établit une différence notable entre l'invagination qui avoisine la valvule iléo-cœcale et les invaginations des autres parties du canal alimentaire.

(1) L'incision de la partie postérieure de l'intestin était nécessaire pour montrer sur la même figure les deux ouvertures que présente l'extrémité inférieure de la tumeur.

MALADIES DES INTESTINS.

Hernies ombilicales.

(PLANCHES V ET VI, XXIVe LIVRAISON.)

Les *hernies ombilicales* ou *exomphales*, considérées sous le point de vue de l'époque de leur formation, se divisent en trois espèces distinctes: 1° *Hernie ombilicale congénitale* ou *intra-utérine*. 2° *Hernie ombilicale de l'enfant nouveau-né*. 3° *Hernie ombilicale de l'adulte*.

La *hernie ombilicale congénitale* mérite bien plutôt le nom d'*éventration congénitale* que celui de hernie; car elle résulte d'une imperfection des parois abdominales, lesquelles forment à l'intestin une poche transparente tellement ténue, qu'elle se déchire le plus souvent pendant le travail : évidemment le fœtus, qui ne respire pas, est étranger aux causes des hernies, c'est-à-dire aux efforts qui tendraient à chasser l'intestin hors de la cavité abdominale. Chez le fœtus, ce ne sont pas les intestins qui se déplacent, mais les parois abdominales amincies qui reçoivent les intestins.

Suivant une théorie ingénieuse, la hernie ombilicale intra-utérine serait le résultat d'un arrêt de développement; les intestins, qui, d'après les embryologistes, sont d'abord primitivement situés hors de la cavité abdominale dans l'épaisseur de la base du cordon ombilical, et qui entrent successivement dans l'abdomen dans l'état régulier, n'effectueraient qu'incomplètement leur entrée chez les sujets affectés de cette espèce de hernie. Mes recherches embryologiques sont tout-à-fait en opposition avec cette manière de voir : chez l'embryon, dans l'état régulier, les viscères abdominaux occupent la cavité abdominale, tout aussi bien que les poumons et le cœur occupent la cavité thoracique, le cerveau, la cavité crânienne, etc. Les faits invoqués pour la théorie de l'arrêt du développement, au moins quant aux hernies congéniales de l'abdomen, sont tout-à-fait des cas exceptionnels, des cas morbides, qui doivent être placés dans la même catégorie que ceux d'encéphalocèle qu'on n'a jamais songé à considérer comme un arrêt de développement du cerveau.

La *hernie ombilicale de l'enfant nouveau-né* s'explique aisément par la disposition de l'anneau ombilical que remplissaient chez le fœtus les vaisseaux ombilicaux, qui se trouve vide au moment de la naissance par la vacuité de ces vaisseaux et tout prêt à recevoir les circonvolutions intestinales. Il m'a paru que, chez un certain nombre de sujets, le resserrement de l'anneau et son adhérence avec les vaisseaux ombilicaux flétris s'opéraient plus tardivement que de coutume, et c'est sans doute à ces différences, qui sont tout-à-fait indépendantes de la vigueur de la constitution, que sont dues les différences de prédisposition individuelle à la production des hernies, sous l'influence des mêmes causes occasionelles, telles que la toux, les cris et l'absence de toute compression sur l'anneau. On ne saurait admettre, avec J. L. Petit, que les cris, les efforts, s'opposent en partie au resserrement de l'anneau en faisant refluer le sang dans les vaisseaux ombilicaux.

Hernie ombilicale chez l'adulte. — Depuis J. L. Petit, il est généralement admis dans la science que l'exomphale de l'adulte a lieu, non par l'anneau ombilical lui-même, mais par le pourtour de cet anneau, au-dessus, au-dessous ou sur les côtés. Toutefois ce grand chirurgien ne nie pas complètement la formation par l'anneau de la hernie ombilicale de l'adulte; mais comme il n'a observé ce cas que deux fois dans le cours de sa longue pratique, il est porté à affirmer que, sur cent hernies ombilicales, il n'y en a pas deux qui se produisent par l'anneau ombilical lui-même (1). Il va même jusqu'à dire (2) que,

(1) OEuvres posthumes, tom. II, pag. 250. — (2) Tom. II, pag. 254, 255.

s'il se forme des hernies par l'anneau ombilical chez l'adulte, ce ne peut être que chez les personnes dont l'anneau se trouve naturellement dilaté par un vice de conformation, ou bien chez celles qui présentaient encore quelques vestiges d'une hernie ombilicale éprouvée dans leur enfance. Enfin, renchérissant encore sur les propositions précédentes, il ajoute qu'il faut que ces personnes soient exemptes d'éraillemens dans les muscles du ventre ou dans leurs aponévroses; « et, pour dire encore plus, je pense que s'il se trou-
« vait dans quelqu'un une disposition de la part de la dilatation de l'anneau et des causes
« qui produisent l'écartement dans les muscles, etc., etc., je pense, dis-je, que la hernie
« se ferait plutôt par les écartemens que par l'anneau de l'ombilic. »

J. L. Petit donne d'ailleurs pour raison de la formation des hernies ombilicales de l'adulte à travers les éraillemens voisins de l'anneau, ce fait d'anatomie que l'ombilic, en sa qualité de cicatrice, présente un tissu beaucoup plus dense, plus résistant que les parties voisines; et cet autre fait, que chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, on trouve la cicatrice ombilicale dans l'état naturel et les aponévroses voisines amincies et éraillées.

Enfin, J. L. Petit donne quatre caractères pour distinguer la hernie ombilicale qui a lieu par l'anneau de celle qui a lieu à travers un écartement de fibres aponévrotiques : 1° Situation de l'ouverture : elle est au milieu du ventre, dit-il, quand elle est formée par l'anneau; elle est au-dessus, au-dessous ou sur les côtés lorsqu'elle a lieu par un éraillement. 2° A côté de l'ouverture par laquelle se sont échappés les intestins, on trouve toujours l'ombilic sous la forme d'un point dur ou plus ferme que le reste de la ligne blanche. 3° Le pourtour de l'anneau ombilical est toujours plus ferme, plus résistant que le pourtour d'un anneau accidentel. 4° L'anneau ombilical est toujours rond, les anneaux accidentels ont une forme ovale et jamais parfaitement régulière.

On conçoit combien les caractères différentiels tirés de la situation précise de l'anneau, de son épaisseur et de sa résistance, sont propres à induire en erreur. De plus, l'anneau ombilical n'est pas situé juste au milieu de l'espace qui sépare l'appendice xyphoïde de la symphyse. Sa situation varie d'ailleurs suivant les sujets et surtout chez les femmes dont les parois abdominales ont été distendues par plusieurs grossesses. Le seul signe vraiment caractéristique d'une hernie ombilicale par éraillement, c'est la présence de la cicatrice ombilicale sur l'un des points de la circonférence de la tumeur.

Eh bien! il résulte d'un grand nombre de faits que j'ai eu occasion d'observer, soit sur le vivant, soit dans les amphithéâtres, que l'exomphale de l'adulte a très souvent lieu par l'anneau ombilical lui-même, je dirais même plus souvent par l'anneau ombilical que par des éraillemens voisins, si je m'en rapportais exclusivement aux faits qui me sont propres. Les premières observations qui m'ont donné l'éveil à ce sujet sont relatives à des grossesses et à des ascites, lesquelles sont très souvent accompagnées d'une dilatation notable de l'anneau : or je puis affirmer que, dans les cas nombreux de ce genre qui se sont offerts à mon observation depuis vingt ans, lorsque les parois abdominales ont cédé, c'est toujours à l'anneau ombilical lui-même, jamais à côté, ni au-dessus ni au-dessous. J'ai souvent appelé l'attention des élèves sur ce point à ma clinique de la Salpêtrière. Ce premier fait devait conduire à cet autre que les hernies ombilicales de l'adulte ont très souvent lieu par l'anneau ombilical, et c'est en effet ce que m'a démontré l'observation et sur le vivant et sur le cadavre, et je crois pouvoir établir comme un fait, que les hernies ombilicales de l'adulte ont lieu le plus ordinairement par l'anneau ombilical lui-même, qui fait exception par sa moindre résistance à la loi de densité et d'inextensibilité des cicatrices.

Mais est-ce bien une cicatrice que l'ombilic? Oui, par rapport aux vaisseaux qui le traversent, à la peau qui s'est séparée circulairement du cordon; mais non à l'égard de l'anneau qui revient sur lui-même lorsque les vaisseaux ombilicaux ont cessé d'être perméables au sang, comme l'alvéole dentaire après l'avulsion ou la chute d'une dent : la tendance de l'anneau au resserrement est telle, qu'elle s'exerce assez souvent sur l'intestin déplacé, pourvu toutefois que sa dilatation n'ait pas été assez considérable pour lui faire

demi-pouce au-dessus de l'étranglement, puis, avec les doigts enduits de beurre, à faire rentrer dans l'abdomen les intestins déplacés. Si cela n'était pas possible, toujours d'après Pigrai, il fallait faire, à l'aide d'une sonde et du doigt, une seconde incision étendue depuis la première jusques et y compris l'anneau.

Les inconvéniens de la méthode que je viens d'indiquer sont tels, que je ne sache pas que Dupuytren y ait jamais songé depuis; et peut-être suis-je le seul de ses nombreux disciples qui en ait conservé le souvenir.

Sa pratique dans les hernies ombilicales volumineuses consistait à inciser la peau, puis le sac herniaire, sur un des points de la circonférence de la tumeur, et à débrider l'anneau dans le lieu correspondant. De cette manière, il évitait de mettre à découvert la masse considérable d'intestins contenue dans la tumeur, et prévenait en outre la fonte graisseuse de l'épiploon, espèce de gangrène qui s'empare de l'épiploon graisseux et qui s'étend quelquefois jusqu'à la portion d'épiploon contenue dans la cavité abdominale.

Il est vrai que, par cette méthode, on s'expose à ne point lever la cause de l'étranglement, lorsque cette cause est ailleurs qu'à l'anneau, lorsqu'il consiste dans une bride formée par l'épiploon, par une appendice épiploïque, par une adhérence filamenteuse, qui étreint une des nombreuses anses de l'intestin déplacé. Mais mieux vaut encore courir ces chances que d'exposer le malade à une mort inévitable par le fait de l'opération.

On ne saurait d'ailleurs prendre assez de précautions pour éviter de confondre une hernie ombilicale irréductible compliquée de péritonite avec une hernie étranglée.

Explication des figures.

Le cas de hernie ombilicale représenté planches v et vi, xxiv^e livraison (1), m'a été fourni par une femme de la Salpêtrière, d'une soixantaine d'années, couchée dans la division des incurables : cette femme se montrait par curiosité, moyennant une petite rétribution, et demandait à tout venant si on voulait voir une femme dont les boyaux étaient sortis de son ventre; une cuirasse en forme de gouttière matelassée protégeait la hernie contre les violences extérieures sans la contenir en aucune manière. Cette femme disait qu'elle avait été opérée dans le temps à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren, et les cicatrices CC qu'on remarque à gauche de la tumeur (pl. v) sembleraient assez dénoter que des incisions avaient été pratiquées dans ce point. Quant aux lignes blanches qui se voient sur divers points de la tumeur, elles ressemblent plutôt à des éraillemens ou à des cicatrices provenant d'une ulcération superficielle de la peau, qu'à des cicatrices comprenant toute l'épaisseur du derme. Or, on sait que rien n'est plus commun que l'inflammation de la peau amincie qui revêt les hernies ombilicales volumineuses.

La planche v donne une idée très exacte de la hernie, de sa division en deux tumeurs, une droite plus petite, une gauche plus considérable, par un sillon profond, verticalement dirigé. La ténuité des enveloppes de la hernie est telle, que les circonvolutions intestinales se dessinent à travers ces enveloppes, et qu'on peut distinguer le gros intestin CO de l'intestin grèle IG, IG. Ainsi on reconnaissait que le gros intestin CO, d'une part, formait la tumeur droite, d'une autre part, occupait la partie supérieure de la tumeur gauche.

Je me demandai, avant la dissection de la tumeur, s'il existait deux hernies ombilicales ou une seule hernie biloculaire : je penchai pour une hernie biloculaire, et je me fondai sur la fréquence des hernies ombilicales multiloculaires et sur la correspondance qui me parut exister entre la tumeur droite et la tumeur gauche. Toutefois les hernies ombilicales ou plutôt juxta-ombilicales doubles, ne sont pas sans exemple; en voici un cas qui me fut communiqué dans le temps par Dupuytren :

Deux hernies ombilicales, dont l'une s'étrangle. — Incision longitudinale sur la partie de la tumeur herniaire qui offre une fluctuation gazeuse. — Autre incision longitudinale; puis une troisième transversale pour débrider l'anneau. On retranche plusieurs anses intestinales gangrénées. — Mort. — Ouverture.

M^me Bost, âgée de 45 ans, d'un gros embonpoint, n'ayant jamais eu d'enfans, reçut, à l'âge de 20 ans, dans la région ombilicale, un coup de pied de cheval, qui fut bientôt suivi d'une hernie au-dessus de l'ombilic. Un bandage s'oppose à l'accroissement de la hernie. Au bout de quelque temps, une seconde

(1) Je l'ai fait modeler en cire et déposer au musée Dupuytren.

mées par la ligne blanche distendue et amincie, et sur ce qu'il considère cette hernie lombaire comme produite par la distension des parois abdominales à la suite de la grossesse.

Les caractères différentiels de l'éventration et de la hernie ombilicale se déduisent moins de la position plus ou moins superficielle des intestins que de la présence d'un anneau dans la hernie et de son absence dans l'éventration. Comme conséquence de ce caractère, nous noterons que la hernie ombilicale est toujours pédiculée, tandis que l'éventration est toujours sessile; que lorsque la tumeur ombilicale présente une forme conique, c'est à l'anneau que répondra la base de la tumeur, s'il y a éventration, et le sommet, s'il y a hernie. J'ai pu dernièrement établir cette comparaison de la manière la moins équivoque : à côté de la femme qui portait à la région sous-ombilicale une éventration conoïde, était une autre femme qui portait à l'ombilic une tumeur conoïde non moins considérable. Cette tumeur tenait à l'ombilic par un pédicule étroit. L'anneau ombilical parfaitement circulaire pouvait admettre les trois doigts. L'extrémité libre formait la base arrondie du cône représenté par la tumeur; elle pendait entre les cuisses et était parcourue par des lignes noires que je reconnus être produites par l'usage de la chauffrette. On ne se fait pas une idée de la ténuité des enveloppes de ces hernies ombilicales volumineuses; on dirait qu'une peau amincie, et demi transparente, sépare seule les intestins de l'air extérieur, et on a lieu de s'étonner que la rupture de la poche dont Boyer a rapporté un exemple si remarquable ne soit pas plus fréquente. J'ai conseillé à cette femme un suspensoir qui sera soutenu par des bretelles et le repos au lit long-temps continué pour obtenir une diminution de la tumeur.

Il arrive quelquefois qu'il existe en même temps une éventration ombilicale et une hernie ombilicale : il est bien difficile alors de faire la part respective de l'éventration et de la hernie. Tel est le cas suivant que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu en mars 1815, lorsque j'étais interne de la salle des opérés sous Dupuytren.

Une femme d'un âge avancé est apportée mourante à l'Hôtel-Dieu. Elle offrait à l'ombilic une tumeur énorme qui paraissait formée aux dépens de la plus grande partie des viscères abdominaux. La peau qui la recouvrait était d'une couleur violacée; le tissu cellulaire sous-cutané était emphysémateux. Dupuytren n'ose pas tenter d'opération, tant l'état de la malade lui paraît désespéré. Elle mourut la nuit suivante.

Avant de procéder à l'ouverture, Dupuytren se demande quelle aurait été la conduite à tenir, à supposer que l'état de la malade eût permis l'opération : la méthode ordinaire était évidemment contre-indiquée par le volume énorme de la tumeur. En outre, des adhérences pouvaient unir les intestins entre eux et au sac. Dupuytren pensa que, dans un cas semblable, il convenait d'inciser les parois abdominales à une petite distance de l'anneau ombilical, d'introduire les doigts dans l'abdomen, d'aller reconnaître l'anneau et de pratiquer le débridement sur le doigt conducteur. Ce projet d'opération fut mis à exécution sur-le-champ avec la plus grande facilité sur le cadavre. La dissection de la tumeur montra que les intestins adhéraient entre eux et au sac herniaire. Ils n'étaient presque point altérés. Une circonstance bien remarquable de ce fait, c'est que la hernie ombilicale ne formait pas le tiers du volume de la tumeur, et que les deux autres tiers étaient constitués par une éventration ombilicale considérable qui formait la base de la hernie.

Mais que penser du projet d'opération conçu par Dupuytren? Je dois le dire, ce projet fut une inspiration de son génie, et non point une réminiscence; une pratique immense et précoce avait absorbé tous les instans du grand chirurgien dès ses premiers pas dans la carrière : qu'il me soit permis de le dire, il ne lui manqua qu'une chose, c'est le temps de féconder par la réflexion les admirables facultés de sa vaste intelligence. Il n'avait pas connaissance du procédé de Pigrai (1), qui consiste à inciser l'abdomen à un

(1) *Epitomæ præceptorum medicina chirurgicæ*. 1609.
Sabatier rappelle que Rousset, qui écrivait en 1580, décrit cette opération, qu'il a vu pratiquer plusieurs fois, et s'étonne que Heister l'ait attribuée à Cheselden.

demi-pouce au-dessus de l'étranglement, puis, avec les doigts enduits de beurre, à faire rentrer dans l'abdomen les intestins déplacés. Si cela n'était pas possible, toujours d'après Pigrai, il fallait faire, à l'aide d'une sonde et du doigt, une seconde incision étendue depuis la première jusques et y compris l'anneau.

Les inconvéniens de la méthode que je viens d'indiquer sont tels, que je ne sache pas que Dupuytren y ait jamais songé depuis; et peut-être suis-je le seul de ses nombreux disciples qui en ait conservé le souvenir.

Sa pratique dans les hernies ombilicales volumineuses consistait à inciser la peau, puis le sac herniaire, sur un des points de la circonférence de la tumeur, et à débrider l'anneau dans le lieu correspondant. De cette manière, il évitait de mettre à découvert la masse considérable d'intestins contenue dans la tumeur, et prévenait en outre la fonte graisseuse de l'épiploon, espèce de gangrène qui s'empare de l'épiploon graisseux et qui s'étend quelquefois jusqu'à la portion d'épiploon contenue dans la cavité abdominale.

Il est vrai que, par cette méthode, on s'expose à ne point lever la cause de l'étranglement, lorsque cette cause est ailleurs qu'à l'anneau, lorsqu'il consiste dans une bride formée par l'épiploon, par une appendice épiploïque, par une adhérence filamenteuse, qui étreint une des nombreuses anses de l'intestin déplacé. Mais mieux vaut encore courir ces chances que d'exposer le malade à une mort inévitable par le fait de l'opération.

On ne saurait d'ailleurs prendre assez de précautions pour éviter de confondre une hernie ombilicale irréductible compliquée de péritonite avec une hernie étranglée.

Explication des figures.

Le cas de hernie ombilicale représenté planches v et vi, xxiv[e] livraison (1), m'a été fourni par une femme de la Salpêtrière, d'une soixantaine d'années, couchée dans la division des incurables : cette femme se montrait par curiosité, moyennant une petite rétribution, et demandait à tout venant si on voulait voir une femme dont les boyaux étaient sortis de son ventre; une cuirasse en forme de gouttière matelassée protégeait la hernie contre les violences extérieures sans la contenir en aucune manière. Cette femme disait qu'elle avait été opérée dans le temps à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren, et les cicatrices CC qu'on remarque à gauche de la tumeur (pl. v) sembleraient assez dénoter que des incisions avaient été pratiquées dans ce point. Quant aux lignes blanches qui se voient sur divers points de la tumeur, elles ressemblent plutôt à des éraillemens ou à des cicatrices provenant d'une ulcération superficielle de la peau, qu'à des cicatrices comprenant toute l'épaisseur du derme. Or, on sait que rien n'est plus commun que l'inflammation de la peau amincie qui revêt les hernies ombilicales volumineuses.

La planche v donne une idée très exacte de la hernie, de sa division en deux tumeurs, une droite plus petite, une gauche plus considérable, par un sillon profond, verticalement dirigé. La ténuité des enveloppes de la hernie est telle, que les circonvolutions intestinales se dessinent à travers ces enveloppes, et qu'on peut distinguer le gros intestin CO de l'intestin grèle IG, IG. Ainsi on reconnaissait que le gros intestin CO, d'une part, formait la tumeur droite, d'une autre part, occupait la partie supérieure de la tumeur gauche.

Je me demandai, avant la dissection de la tumeur, s'il existait deux hernies ombilicales ou une seule hernie biloculaire : je penchai pour une hernie biloculaire, et je me fondai sur la fréquence des hernies ombilicales multiloculaires et sur la correspondance qui me parut exister entre la tumeur droite et la tumeur gauche. Toutefois les hernies ombilicales ou plutôt juxta-ombilicales doubles, ne sont pas sans exemple; en voici un cas qui me fut communiqué dans le temps par Dupuytren :

Deux hernies ombilicales, dont l'une s'étrangle. — Incision longitudinale sur la partie de la tumeur herniaire qui offre une fluctuation gazeuse. — Autre incision longitudinale; puis une troisième transversale pour débrider l'anneau. On retranche plusieurs anses intestinales gangrénées. — Mort. — Ouverture.

M[me] Bost, âgée de 45 ans, d'un gros embonpoint, n'ayant jamais eu d'enfans, reçut, à l'âge de 20 ans, dans la région ombilicale, un coup de pied de cheval, qui fut bientôt suivi d'une hernie au-dessus de l'ombilic. Un bandage s'oppose à l'accroissement de la hernie. Au bout de quelque temps, une seconde

(1) Je l'ai fait modeler en cire et déposer au musée Dupuytren.

hernie se forme au-dessus de l'ombilic, s'accroît dans tous les sens et vient se confondre avec la première. Un suspensoir sert à soutenir cette masse énorme qui ne lui fait éprouver que peu d'incommodité.

Le 14 nivose an XII, la hernie s'étrangle pendant un effort que fait la malade; les symptômes de l'étranglement se déclarent : un chirurgien appelé fait de vains efforts de réduction. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 19, c'est-à-dire cinq jours après l'étranglement : la tumeur avait le volume et la forme d'un chapeau; elle tenait à l'abdomen par un pédicule étroit; le pouls était petit, les extrémités froides : on craint une mort prochaine. On prescrit une potion calmante, qui est aussitôt rendue par le vomissement. (Sans doute qu'on ne fit pas l'opération parce qu'on croyait l'état de la malade désespéré.)

Le 20, même état : potion thériacale.

Le 21, septième jour de l'étranglement, le pouls est un peu meilleur; on sent au-dessous et à droite de l'ombilic une crépitation gazeuse. On fait dans cet endroit une incision longitudinale; on ouvre le sac herniaire, il se présente une masse épiploïque considérable qu'on retranche sans effusion de sang. Le doigt introduit dans le sac fait reconnaître que cette portion de tumeur n'est qu'un appendice de la tumeur principale. On débride l'ouverture annulaire qui séparait cette tumeur de la tumeur principale, quoique évidemment l'anneau ne fût pas la cause de l'étranglement.

Une seconde incision longitudinale est pratiquée à gauche et en haut, où l'on sentait une fluctuation manifeste; on trouva une masse épiploïque comme squirrheuse recouvrant plusieurs anses intestinales; pour débrider, on fut obligé de faire une incision transversale qui permit de porter le bistouri boutoné concave en haut et en dehors.

On retranche plusieurs anses intestinales gangrénées; au-dessous étaient d'autres anses adhérentes les unes aux autres. (Potion thériacale; lavement; petit lait.)

Vomissemens le reste du jour et le lendemain : point d'évacuations alvines. Les symptômes sont de plus en plus graves. La mort arrive le 23, c'est-à-dire neuf jours après l'opération.

Ouverture du cadavre. — Une incision circulaire est faite tout autour de la tumeur : la peau enlevée, on trouve deux hernies bien distinctes. La supérieure formée par l'épiploon graisseux, ayant la grosseur du poing, n'était nullement étranglée; l'inférieure était formée par une grande portion d'épiploon et une anse intestinale d'un pied de longueur; l'épiploon et l'intestin étaient contournés autour de l'ombilic, de manière à imiter une tumeur circulaire. Le sac offrait des cellulosités dans lesquelles étaient reçues les parties déplacées, c'était un sac à collets.

La planche VI, XXIV^e livraison, fig. 1, représente le sac herniaire ouvert et la masse intestinale contenue dans sa cavité. On voit qu'au sillon vertical observé planche V correspond une bride fibreuse falciforme B, qui établissait la ligne de démarcation entre les deux tumeurs : les parties contenues sous plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle et le colon transverse CC, reconnaissable à son volume et à ses appendices graisseux qui forment la partie supérieure de la grande tumeur et la presque totalité de la petite. Aucune adhérence ne s'était établie ni entre les circonvolutions intestinales ni entre ces circonvolutions et le sac herniaire.

Le sac péritonéal put être séparé de la peau dans toute son étendue, excepté au niveau de la cicatrice profonde que nous avons vue exister à gauche de la tumeur. Cette circonstance établit qu'une incision avait été pratiquée au sac dans cette région, et milite en faveur de l'idée d'une opération antérieure, opération qui aurait consisté dans une incision verticale à gauche de la tumeur, et dans le débridement de l'anneau. Le défaut d'adhérence des circonvolutions intestinales, soit entre elles, soit aux parois du sac, semblerait établir que le sac péritonéal n'aurait pas été ouvert, ce qui n'excluait pas l'idée d'une opération antérieure; car on sait qu'une méthode opératoire préconisée pour les hernies en général, et pour la hernie ombilicale en particulier, consiste à inciser les enveloppes des hernies moins le sac herniaire, et à débrider l'anneau en dehors du sac. D'une autre part, il n'est pas du tout démontré que des adhérences soient la suite nécessaire d'une division du péritoine. Ayant fait quelques expériences d'entéroraphie chez les animaux, j'ai été surpris de voir que, dans plusieurs cas, les anses intestinales mises à découvert n'avaient contracté aucune adhérence avec la paroi abdominale antérieure.

La figure 2, planche VI, représente l'ouverture par laquelle s'était produite la hernie. Cette ouverture circulaire AO était bien évidemment formée par l'anneau ombilical; car la veine ombilicale VO ou plutôt le cordon ligamenteux, qui la remplace chez l'adulte, venait s'engager dans la partie supérieure de l'anneau. Quant aux petits cordons ligamenteux qui représentent l'ouraque et les artères ombilicales, je n'en ai trouvé de vestige autre qu'un petit cordon qui pénètre par la partie inférieure du même anneau : je ferai remarquer que, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, l'ouraque et les artères ombilicales sont atrophiées à tel point qu'on ne retrouve à leur place que quelques filamens fibreux disséminés.

MALADIES DES INTESTINS.

(PLANCHE VI, XXXVII^e LIVRAISON.)

DÉPLACEMENS.

La classe des *déplacemens* ou *lésions de contiguité* comprend tous les changemens de situation, de direction et de connexions ou de rapports, dont nos organes sont susceptibles.

Aucune classe de lésions, je dirais presque aucune famille naturelle des zoologistes et des botanistes, ne réunit à un plus haut degré toutes les conditions que doit offrir un groupe naturel, et, quelles que soient les bases de la méthode que l'on adopte pour la distribution des maladies, la classe des déplacemens doit être maintenue dans son intégralité.

La grande classe des déplacemens se subdibise en deux sous-classes :

1° *Déplacemens des parties molles ;*

2° *Déplacemens des parties dures.*

Chacune de ces sous-classes présente à considérer : 1° les déplacemens *postérieurs à la naissance ;* 2° Les déplacemens *antérieurs à la naissance ou congéniaux ;* 3° les déplacemens *consécutifs* à d'autres maladies.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les avantages d'une distribution qui n'a égard qu'à la lésion matérielle fondamentale, qui la met en relief et qui lui subordonne toutes les autres circonstances.

Les déplacemens des parties molles présentent à considérer deux ordres bien distincts : 1° les *invaginations ,* 2° les *hernies.*

Le mot *invagination* n'est généralement appliqué qu'au canal intestinal et pour désigner une lésion qui consiste dans l'introduction spontanée d'une portion d'intestin dans une autre portion d'intestin, de telle sorte que la première portion est engaînée dans la seconde à la manière d'un doigt de gant (1) ; mais j'ai cru devoir rapprocher de l'invagination intestinale des déplacemens siégeant dans d'autres organes canaliculés et ayant la plus grande analogie avec ce mode de lésion. Ainsi, je considère comme autant d'invaginations les maladies connues sous le nom de *chute du rectum, chute de matrice, renversement de matrice,* et j'admets six espèces d'invaginations : l'invagination de l'intestin grêle et du gros intestin, l'invagination du rectum, l'invagination dans l'anus contre nature, l'invagination dans les hernies, l'invagination du vagin, l'invagination de l'utérus, l'invagination de la vessie dans elle-même et dans l'urètre. La double condition indispensable pour l'invagination, c'est 1° la disposition canaliculée ; 2° une surface libre en totalité ou en partie.

Les *hernies ,* dont le caractère le plus général consiste dans le déplacement des organes contenus dans une cavité splanchnique à travers un éraillement ou une ouverture agrandie de ses parois, constituent un ordre de lésions plus importantes encore. Leurs innombrables variétés rendent, pour ainsi dire, ce sujet inépuisable sous le rapport de l'anatomie pathologique. Je saisirai donc les occasions qui pourront s'offrir de faire représenter quelques-unes de ces variétés. La planche VI, XXXVI^e livraison, représente une hernie inguinale double, dont l'une est formée par l'intestin grêle, et l'autre par l'épiploon et par l'appendice vermiculaire.

Hernie inguinale double.

La figure 1 (demi-grandeur) représente les bourses d'un sujet affecté d'une hernie inguinale double. La peau de la verge, celle du gland exceptée, avait été mise à contribution pour recouvrir la volumineuse

(1) Voyez *Traité des maladies de l'utérus*, par madame Boivin et A. Dugès, Paris, 1833, t. 1^er, p. 220.

tumeur formée par les intestins déplacés. La tumeur inguinale gauche, facilement et complètement réductible, permettait de reconnaître qu'il existait à droite une hernie épiploïque d'une réduction beaucoup plus difficile et toujours incomplète. La hernie inguinale gauche paraissait exclusivement formée par l'intestin grêle.

La figure 2 (demi-grandeur) explique pourquoi les bourses présentaient un développement uniforme, malgré l'inégalité de volume des deux hernies. On voit, en effet, que la hernie la plus volumineuse, la hernie inguinale gauche, s'était portée obliquement de gauche à droite, et avait envahi en partie la bourse droite. Le scrotum est une enveloppe commune aux deux testicules, et la cloison des dartos, pouvant être déjetée, soit d'un côté, soit de l'autre, permet aisément aux tumeurs scrotales développées à droite de se porter à gauche et réciproquement.

Des deux côtés, le trajet inguinal était transformé en un simple anneau traversant directement les parois abdominales.

La position des testicules à l'égard des deux hernies est digne d'être remarquée. A droite, le testicule est placé immédiatement au dessous, à gauche, il est placé en arrière du sac herniaire. Des deux côtés, la tunique vaginale et le sac herniaire sont adossés; des deux côtés, avant la dissection, il était impossible d'établir une ligne de démarcation entre le testicule et la tumeur herniaire.

A droite, la hernie est formée par l'épiploon E et par l'appendice iléo-cœcale ACOE; l'épiploon cylindrique, au niveau du collet du sac, épanoui pour ainsi dire, et chargé de graisse dans le sac lui-même; l'appendice iléo-cœcale accolée à la paroi postérieure du sac.

Dans les hernies anciennes, les enveloppes du sac présentent beaucoup de variétés et quant au nombre, et quant à l'épaisseur des lames superposées. Ce serait en vain qu'on chercherait à les rapporter exactement aux couches qui recouvrent le cordon testiculaire dans l'état naturel. Ces couches augmentent, diminuent, se dénaturent par suite des tractions, des pressions exercées sur la hernie. A gauche, le sac herniaire F était recouvert par quatre feuillets bien distincts, d'apparence fibreuse, qui ont été représentés fig. 3, F', F'', F''', F''''.

Ces feuillets étaient unis entre eux par un tissu cellulaire séreux, tellement lâche et tellement rare, qu'on pouvait hésiter entre du tissu cellulaire séreux ou une membrane séreuse rudimentaire. C'est dans des cas semblables qu'on a pu prendre pour la surface lisse de l'intestin, la surface également lisse de l'une de ces lames superposées.

Réflexions. Les relevés statistiques établissent que les hernies inguinales doubles s'observent dans une assez forte proportion, ce qui n'étonnera pas, si l'on considère que les causes qui préparent et celles qui produisent les hernies agissent en même temps sur les deux anneaux (1). Je ne sais toutefois si, dans d'autres cas de hernie inguinale double, on a noté, d'un côté, une hernie purement épiploïque; de l'autre côté, une hernie purement intestinale.

Les hernies de l'appendice vermiculaire sont extrêmement rares. La situation de cette appendice est tellement variable, de même que sa longueur et sa direction, qu'il est bien difficile de concevoir son déplacement indépendamment du cœcum. Pour qu'elle puisse s'engager dans le canal inguinal, il faut qu'au lieu d'être renversée de bas en haut, derrière le cœcum, comme cela se voit si souvent, ou de plonger dans la cavité pelvienne, elle soit dirigée verticalement en bas et située immédiatement derrière l'anneau. On conçoit aussi que les dispositions si diverses du péritoine à l'égard de cette appendice, l'absence ou la présence d'un petit mésentère, la liberté parfaite de cette appendice ou sa fixité plus ou moins grande, doivent exercer une grande influence sur son déplacement. Enfin nous devons mettre en ligne de compte les adhérences morbides que cette appendice peut contracter avec les parties voisines. On conçoit, par exemple, que, si l'extrémité libre de cette appendice était adhérente derrière l'anneau, et qu'une hernie se formât à travers cet anneau, on conçoit que le péritoine, entraîné pour former le sac herniaire, entraînât lui-même l'appendice.

Les hernies de l'appendice cœcale peuvent donner lieu à des considérations importantes. On sait que cette appendice, encore contenue dans la cavité abdominale, est susceptible de perforations spontanées lesquelles sont la source de péritonites très promptement mortelles. Eh bien! ces perforations que provoquent le plus souvent de petits corps étrangers, tels que boulettes fécales, grains de plomb, noyaux de cerises, qu'on trouve souvent dans le cul-de-sac

(1) Voyez un travail important de M. le docteur Malgaigne, ayant pour titre : *Recherches sur la fréquence des hernies selon les sexes, les âges et relativement à la population* (Annales d'hygiène et de médecine légale, Paris, 1840, t. XXIV, pages 5 et suivantes).

de cette appendice ; ces perforations peuvent avoir lieu dans le sac herniaire et produire des accidens inflammatoires purement locaux. Sous ce point de vue, l'observation suivante ne sera pas dénuée de quelque intérêt.

Abcès très fétide à l'aine. — Guérison avec fistule. — Mort subite. — Hernie de l'appendice vermiculaire. — Perforation de son extrémité libre.

Une femme de la Salpétrière, âgée de 50 à 60 ans, appartenant à la division dite des Gâteuses, fut reçue salle Saint-Gabriel, n° 10, pour une tumeur phlegmoneuse, très considérable à l'aine droite. Cette tumeur hémisphérique, du volume de la moitié d'une orange, présentait une fluctuation manifeste. La peau qui la recouvrait était couleur lie-de-vin. Etait-ce un abcès ordinaire? Etait-ce une hernie tombée en gangrène? La malade soutenait avoir une hernie de ce côté : elle portait même habituellement un bandage, qu'elle nous montra. Du reste, aucun accident du côté de l'abdomen.

Dans tous les cas, il fallait ouvrir. Je fais une ponction au centre de la tumeur, et, à la faveur de l'ouverture, je porte dans la cavité de l'abcès une sonde cannelée, sur laquelle j'incise largement en dedans et en dehors. Il sort une grande quantité de pus blanc, bien lié, mais d'une horrible fétidité, fétidité de gangrène, fétidité de matières fécales, fétidité des abcès qui avoisinent le canal alimentaire.

Aucun accident ni primitif, ni consécutif ne se déclare ; le pus s'écoule librement ; l'inflammation diminue, et, au bout d'un mois, il ne restait plus à l'aine qu'un petit noyau d'induration, au centre duquel était un pertuis capillaire.

La malade, qui allait très bien succomba inopinément, deux mois environ après son entrée.

A l'ouverture, je trouvai le cœcum immédiatement derrière l'anneau crural : du cœcum partait l'appendice vermiculaire, s'engageant dans cet anneau. Je m'assurai de la manière la plus positive que c'était bien dans l'anneau crural et non dans le trajet inguinal que s'était effectuée la hernie; car l'ouverture de sortie était située entre l'artère ombilicale, qui était en dedans, et les vaisseaux épigastriques qui étaient en dehors. J'ai dit qu'un pertuis, à peine visible, existait à l'aine au centre d'un petit noyau d'induration. Un stylet, introduit de bas en haut rencontre quelques adhérences faciles à surmonter à l'aide d'un léger effort. J'incise sur la cannelure du stylet, et je vois que l'appendice vermiculaire est sortie de toute sa longueur et appliquée contre la paroi postérieure du sac herniaire, auquel elle adhère intimement.

L'extrémité inférieure de cette appendice présentait une érosion, par laquelle j'ai pu faire pénétrer un stylet, qui s'est arrêté à la hauteur de demi-pouce. Le même stylet, introduit par l'orifice cœcal de l'appendice a été arrêté dans le même point. Je me suis assuré que cette occlusion de l'appendice tenait à des adhérences qu'il eût été facile de surmonter, attendu que ces adhérences étaient d'une date récente.

La manière la plus naturelle d'interpréter ce fait est la suivante. Une hernie crurale existait depuis un temps plus ou moins long. Cette hernie était formée par l'appendice vermiculaire. Il est probable que, dans l'origine, il y avait autre chose que cette appendice, le cœcum peut-être. Il n'est pas moins probable que l'inflammation du sac a été la suite de l'érosion de l'appendice, érosion qui peut avoir lieu dans un sac herniaire tout aussi bien que dans la cavité abdominale. Cette inflammation, terminée par suppuration, a présenté tous les caractères extérieurs des abcès stercoraux. L'abcès ouvert, il y a eu inflammation adhésive des parois et guérison de la hernie, si toutefois on peut appeler guérison ce mode de terminaison dans lequel les parties déplacées sont devenues adhérentes au sac herniaire, avec lequel elles forment bouchon.

Il importe de noter l'adhérence intime et par conséquent ancienne de l'appendice vermiculaire avec la paroi postérieure du sac et l'oblitération récente de cette appendice.

MALADIES DES INTESTINS.

(PLANCHE V, XXXI^e LIVRAISON.)

Hernies ombilicales congéniales.

EXPLICATION DES FIGURES.

La figure 1 représente une hernie ombilicale ou plutôt une éventration congéniale dont l'histoire me paraît offrir le plus grand intérêt.

L'enfant qui en est le sujet fut apporté le 24 août 1832 à la Faculté de Médecine, et soumis à notre examen, à l'issue d'une des assemblées des professeurs. Mes collègues et moi, nous l'examinâmes avec beaucoup de soin, et nous restâmes convaincus que cet enfant ne tarderait pas à succomber. Le réduction des parties déplacées, d'ailleurs facile et complète, était suivie d'une menace de suffocation, d'une suspension immédiate des cris de l'enfant, qui firent considérer cette manœuvre comme imprudente. J'engageai les parens à vouloir bien me suivre chez M. Chazal, qui prit de la tumeur un dessin fort exact. Relativement au traitement, j'invitai les parens à se contenter de préserver la tumeur contre toute espèce de violence extérieure et même de tout contact, de la protéger à l'aide d'une pièce de taffetas gommé : ces précautions étaient d'autant mieux indiquées, que quelques points de la surface de la tumeur étaient érodés et menaçaient de s'ouvrir. Les parens devaient d'ailleurs me prévenir s'il venait à mésarriver à l'enfant.

Quelque temps après, j'appris de M. le docteur Requin (agrégé de la Faculté, qui avait assisté à notre examen, et qui avait suivi l'enfant, non dans l'espoir de le sauver, mais par pure curiosité scientifique) que l'enfant était guéri, et il eut l'extrême bonté de le conduire chez moi. Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été publiée par cet estimable médecin dans la Gazette médicale du 4 octobre 1832 :

« Le 24 août, madame R...., rue Saint-Maur, n° 88, mit au monde, à la suite d'un travail facile, « un enfant mâle qui offrait au milieu du ventre une tumeur grosse comme le poing. La sage-femme, ma- « dame Laurent, étonnée de ce phénomène, appela un médecin en consultation. Celui-ci fit rentrer, à « diverses reprises, la tumeur dans l'intérieur de l'abdomen; mais s'apercevant qu'aussitôt après la réduc- « tion de la hernie, l'enfant cessait de pousser des cris, il craignit de mettre obstacle à la respiration en « maintenant la réduction : il laissa donc la tumeur en statu quo, et conseilla de porter l'enfant à la Faculté « de Médecine; ce qui fut fait. C'était un vendredi, jour d'assemblée. A l'issue de la séance, Dupuytren, « MM. Richerand, Marjolin, Moreau, J. Cloquet et Cruveilhier, virent et examinèrent l'enfant : ils « pourraient bien, si besoin était, attester l'exactitude de mes paroles. Voici quel était l'état de l'enfant : « Peau froide et livide, pouls à peine sensible, cris aigus lorsqu'on découvrait la tumeur : celle-ci égalait « le volume du poing : elle était recouverte par une enveloppe membraneuse, fine et transparente, que « formait évidemment la dilatation de la gaîne ombilicale, à défaut de la portion centrale de la paroi « antérieure de l'abdomen : en effet, cette enveloppe se continuait, d'une part, avec la circonférence in- « térieure de l'ouverture abdominale, et d'autre part avec le cordon lui-même, qui semblait naître et se « détacher du sommet de la tumeur (M. Cruveilhier, d'ailleurs, fit transporter l'enfant chez un dessina- « teur, et sans doute il mettra bientôt sous les yeux du public l'image de cette curieuse anomalie). Ajou- « tons que la tumeur était alors réductible, et qu'après la réduction on pouvait rapprocher jusqu'au « contact les bords de l'ouverture abdominale; mais alors l'enfant cessait de crier : était-ce suffocation ? « est-ce qu'il cessait de souffrir? c'est ce que nous mettons en question. Au reste, tous les professeurs « s'accordèrent à porter un pronostic funeste. Partageant la même opinion, je résolus de suivre la « marche du mal, non avec l'espoir de sauver l'enfant, mais par pure curiosité scientifique; je conseillai « néanmoins d'appliquer sur la tumeur une pièce de taffetas gommé, arrosée d'huile d'amande douce, et « par-dessus le taffetas gommé une compresse de flanelle imbibée d'eau de guimauve; eau de gomme pour « boisson; lavemens émolliens.

« Le lendemain 25, l'enfant avait rendu le méconium à trois ou quatre reprises; il cria beaucoup sans « que la tumeur fût exposée à l'air. Elle avait encore grossi, et était devenue irréductible par suite d'adhé- « rences inflammatoires. L'enveloppe qui la recouvrait avait été envahie par une vive inflammation, et « était tapissée par une exsudation pseudo-membraneuse : c'était une vraie péritonite visible à l'exté- « rieur. — Même prescription.

« Le 26, même état. Je fais remplacer l'eau de gomme par du lait coupé avec l'eau d'orge sucrée. Mon « doigt, introduit dans la bouche de l'enfant, avait déterminé des mouvemens automatiques de succion. On « ne voulut pas laisser prendre le sein maternel à un enfant qu'on croyait dévoué à une mort prochaine.

« Les 27 et 28, borborygmes, éructation; la peau qui entoure la tumeur se tend et prend une teinte « rosée. L'enfant manifeste assez de vitalité par l'énergie de ses cris et par la force avec laquelle ses mains « serrent le doigt qu'on lui présente. — Même pansement; lait coupé; lavemens émolliens.

« Le 29, la surface de la tumeur est en partie noire comme le cordon ombilical. La hernie n'a pas di- « minué de volume : elle contient encore la presque totalité des viscères abdominaux ; on sent un vide pro- « fond dans le reste du ventre et surtout à l'épigastre. Le pouls est toujours filiforme; la peau froide, « surtout aux pieds; les cris énergiques; une diarrhée considérable s'est manifestée : moins de borbo- « rygmes; encore quelques éructations; mieux-être apparent, car l'enfant ne crie plus quand on expose « la tumeur à l'air : il dort bien. — Même traitement, même nourriture.

« Le 30, toute la tumeur est noire, la peau qui l'entoure est très tendue et d'un rouge luisant : la « diarrhée et les autres symptômes persistent : notez d'ailleurs que, depuis sa naissance, l'enfant a beau- « coup maigri : la peau flasque, froide et terne, repose pour ainsi dire sur les os.

« Le 1er septembre, la tumeur est dans le même état; mais le dévoiement a cessé : les selles sont « dures; seulement la défécation est pénible et ne s'opère qu'avec effort : l'enfant est calme; il ne crie que « lorsqu'il a faim, il cesse de crier lorsqu'on lui donne du lait.

« Le 3, même état physiologique. La tumeur se déterge et suppure. Il n'y a que la portion la plus ex- « térieure de ses enveloppes qui paraît avoir été frappée de gangrène.

« Le 5, le pouls est un peu sensible et l'embonpoint semble revenir. La moitié de la tumeur est encore « noire; l'autre moitié suppure comme une plaie ordinaire. Son volume d'ailleurs a diminué.

« Du 5 au 9, la tumeur s'est de plus en plus affaissée et réduite. Le 9, le cordon ombilical tombe, « et avec lui disparaît tout ce qui restait de pellicules noirâtres et gangrénées.

« Le 10, il n'y a plus de tumeur qui dépasse le niveau de l'abdomen; il n'y a qu'une plaie de la lar- « geur d'une pièce de cinq francs en bonne suppuration. L'enfant boit et dort bien. Plus de douleur lors « des évacuations alvines. Strophulus de diverses espèces à la face et à la peau du ventre. Ces strophulus « ont cédé à des lotions émollientes. J'omets maintenant une série de détails dont j'ai cependant tenu note « jour par jour.

« Depuis le 10 septembre, la plaie a marché de plus en plus vers la cicatrisation : la santé de l'enfant « s'est améliorée; la mère est parvenue à ramener la sécrétion lactée : l'enfant se nourrit alternativement « avec le lait maternel et avec le lait de vache coupé d'eau d'orge.

« Aujourd'hui 2 octobre, la plaie, de circulaire devenue oblongue, n'a guère qu'un pouce de long « sur un demi-pouce de large. Le pouls est sensible, on peut le compter (112). La maigreur est encore « extrême, mais toutes les fonctions s'accomplissent à-peu-près bien. »

J'ajouterai que deux hernies inguinales se sont manifestées, et que l'enfant a recouvré une santé parfaite.

Fig. 2 et 2'.

Les figures 2 et 2' représentent une éventration ombilicale congéniale que je dois à l'obligeance de M. le docteur Dupuy, professeur d'accouchement à Niort. Le sujet de cette observation est un fœtus femelle venu au monde naturellement au huitième mois de la gestation.

On voit (fig. 2) que la tumeur, très considérable, a une enveloppe parfaitement transparente, qui permet de distinguer le foie et les intestins.

De même que dans le cas représenté fig. 1, l'insertion du cordon ombilical n'a pas lieu au centre de la tumeur, mais à la partie inférieure et gauche de cette tumeur, et quand on l'examine avec attention, on voit les élémens du cordon se dissocier et marcher isolément dans l'épaisseur même des parois de la poche. Cette disposition m'a paru constante dans toutes les éventrations congéniales que j'ai eu occasion d'observer.

Les limites de cette poche herniaire transparente sont d'ailleurs parfaitement tranchées; il n'y a pas transition entre la peau et la poche; mais la peau cesse brusquement, nettement, comme si elle avait été enlevée par un emporte-pièce, et du pourtour de cette perforation circulaire naît la membrane d'enveloppe de la tumeur, laquelle se continue avec l'enveloppe du cordon ombilical.

Du reste, la tumeur contient un liquide transparent qui change de place dans les diverses attitudes qu'on imprime au corps de l'enfant.

La paroi antérieure de l'abdomen ayant été enlevée par une coupe circulaire et renversée (fig. 2'), j'ai reconnu : 1° que le liquide transparent, que je croyais contenu dans la cavité de la poche, était situé dans l'épaisseur de ses parois; 2° que la plus grande partie de l'intestin grêle et du gros intestin, et une bonne partie du foie, entraient dans la composition de la tumeur; que la portion de foie déplacée HF était séparée du reste de l'organe par un étranglement circulaire; que cette portion déplacée appartenait au lobe droit, et que la vésicule du fiel en faisait partie.

Quant à la poche ou kyste, elle était constituée par deux membranes transparentes, entre lesquelles était épanché un liquide séreux et quelques flocons albumineux adhérens aux membranes; c'était égale-

ment entre ces deux membranes que marchaient la veine et les artères ombilicales pour se rendre chacune à leur destination.

La veine ombilicale était extrêmement courte, parce que la portion de foie contenue dans la tumeur arrivait de suite au point d'insertion du cordon. Les artères ombilicales parcouraient un trajet plus long. Les unes et les autres étaient entourées d'un tissu gélatiniforme demi transparent et extrêmement dense.

La membrane externe, très résistante, se continuait, d'une part, avec la peau, et de l'autre avec l'enveloppe la plus extérieure du cordon.

La membrane interne faisait suite aux muscles abdominaux et au péritoine : celui-ci semblait s'accoler à la face postérieure de la membrane, sans pouvoir en être séparé.

Du reste, il paraît qu'un travail de séparation entre la poche et la peau commençait à s'effectuer : je crois du moins pouvoir l'inférer d'un liseret rouge d'injection qui se voyait à la moitié supérieure de la circonférence de la tumeur, aussi bien au péritoine qu'à la peau.

Considérations générales. Une conséquence pratique d'un haut intérêt découle du fait représenté fig. 1 : c'est la *curabilité possible de l'éventration congéniale :* et bien que l'anatomie pathologique eût établi qu'un grand nombre de ces lésions n'offraient, en tant que lésion, aucun caractère d'incurabilité; cependant un pareil exemple était encore à trouver. Il est vrai que la plupart des enfans qui viennent au monde avec cette éventration présentent en même temps une rupture de la poche transparente qui les protège (voyez le cas représenté VII livraison), et que cette rupture est tantôt récente et du fait de l'accouchement, tantôt ancienne et portant des signes non équivoques de son existence antérieure.

Il suit de là, 1° que, sous le rapport médico-légal, les enfans qui naissent avec ce vice de conformation doivent être considérés comme viables; car il suffit qu'un seul enfant, porteur de cette éventration, ait vécu, pour que la viabilité soit établie; 2° que, sous le rapport de l'accouchement, les hommes de l'art doivent prévenir, autant que possible, la rupture, d'ailleurs si facile, de la poche herniaire; 3° et qu'enfin, sous le rapport thérapeutique, il ne faut pas entièrement abandonner ces enfans à eux-mêmes.

Le seul parti à prendre, c'est d'exercer sur l'abdomen une légère compression qui permette à l'anneau cutané de revenir sur lui-même, à mesure que les parties déplacées rentrent dans l'abdomen. Je crois la réduction graduelle bien préférable à une réduction complète brusquement opérée. Pour apprécier toute l'importance de la réduction, il faut être bien persuadé de ce fait, que, dans l'éventration ombilicale, il n'y pas absence de parties dans les parois abdominales, mais solution de continuité et retrait de ces parois en raison de leur élasticité. Ce fait, qui est d'ailleurs tout-à-fait en dehors des discussions relatives au mode de production de ce vice de conformation, est tacitement ou explicitement adopté par tout le monde. Dans le cas représenté fig. 1, une inflammation s'établit dans les enveloppes. Qu'on se rappelle le passage de l'observation si bien recueillie par M. Requin : « Le lendemain, la « tumeur avait encore grossi : elle était irréductible par suite d'adhérences inflammatoires; « l'enveloppe qui la recouvrait avait été envahie par une vive inflammation, et était tapissée « par une exsudation pseudo-membraneuse: *c'était une vraie péritonite visible à l'extérieur.*

Le siège de cette inflammation devait être non point le péritoine, mais les membranes d'enveloppe. L'exsudation pseudo-membraneuse, visible à l'extérieur, était contenue non dans la cavité du péritoine, mais dans l'espace compris entre les membranes. M. Requin a commis, relativement au siège de l'exsudation, la même erreur que j'avais commise avant l'autopsie relativement au siège du liquide. L'autopsie seule pouvait démontrer que ce liquide était intermédiaire aux deux membranes.

Je me suis demandé si l'inflammation des membranes n'avait pas été pour beaucoup dans la guérison, et si l'art ne pourrait pas provoquer avec avantage cette inflammation. Mais comment la provoquer? Serait-ce par un irritant appliqué à la surface externe de la tumeur? serait-ce par un irritant injecté entre les deux membranes? Une solution positive de ces questions serait évidemment prématurée.

Une question importante se présente encore. La mort suit-elle nécessairement la rupture de la poche? La plupart des enfans avec éventration ombilicale, dont la poche est rompue, sont des enfans mort-nés; et des faits positifs établissent que, pour un certain nombre, la

mort a précédé de plusieurs jours au moins l'accouchement; cependant, si l'enfant venait au monde vivant, il ne faudrait pas l'abandonner à une mort certaine, mais réduire et maintenir réduits les intestins déplacés, et prévenir ainsi, autant que possible, les funestes effets du contact de l'air et des agens extérieurs sur le péritoine.

Le 6 janvier 1828, on m'a présenté le corps d'un enfant nouveau-né, mort quatre jours après sa naissance, des suites d'une éventration ombilicale. A la région ombilicale était une ouverture, une sorte de perforation d'un pouce de diamètre, par laquelle sortait un paquet de l'intestin grèle d'une couleur rouge foncé. L'enfant était évidemment mort d'étranglement ou plutôt de péritonite occasionée par le contact de l'air.

Du pourtour de l'ouverture ombilicale naissaient les débris d'une poche mince, d'une couleur brun foncé, qui dénotait que la rupture était ancienne. J'ai pensé qu'à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, la poche s'était rompue, que les intestins soutenus ou lubrifiés par les eaux de l'amnios, avaient échappé aux conséquences de la présence des intestins hors de la cavité péritonéale; cependant on ne pouvait se refuser à admettre qu'ils n'eussent été le siége d'une inflammation adhésive, car toutes les anses intestinales qui étaient au-dehors adhéraient entre elles, de telle façon qu'une moitié de circonvolution adhérait à l'autre moitié, mais que les circonvolutions étaient libres d'adhérence entre elles.

En pareil cas, il n'y aurait pas à hésiter sur la conduite à tenir: il faudrait réduire avec ou sans débridement, et maintenir les parties réduites à l'aide de points de suture. Je réprouverais au contraire les points de suture dans le cas d'intégrité de la poche herniaire.

Reste maintenant à traiter la question scientifique, savoir celle de la théorie de la formation de l'éventration ombilicale, question scientifique à laquelle ne saurait être étrangère la question pratique; car enfin il importe de savoir si les parties déplacées ont été primitivement contenues dans la cavité abdominale, ou bien si primitivement tout le paquet intestinal a été contenu dans l'épaisseur de la base du cordon; en un mot, s'il y a eu déplacement ou défaut de rentrée de parties, déplacement ou arrêt de développement.

Rappelons succinctement l'anatomie pathologique des éventrations ombilicales: 1° poche herniaire transparente, hémisphérique, naissant par une ligne de démarcation bien tranchée d'une perte de substance au moins apparente de la peau, faite comme avec un emporte-pièce. 2° Le cordon ombilical ne naît pas du centre de la tumeur, mais de la partie inférieure et latérale gauche. 3° La poche, malgré sa transparence, est composée de deux membranes, dont l'une externe se continue avec les enveloppes du cordon (chorion et amnios), dont l'autre interne se continue avec les muscles et le péritoine. 4° C'est entre ces deux membranes qu'est contenue une couche assez épaisse de sérosité et de matière gélatiniforme. 5° Une tendance à la séparation non équivoque se voit au point de réunion de la peau et de la poche. 6° Dans l'éventration, les parties déplacées sont logées dans l'épaisseur de la base du cordon ombilical, et c'est là ce qui établit une différence énorme entre l'éventration et la hernie ombilicale dite congéniale. Dans celle-ci, qu'aucun fait incontestable ne nous démontre précéder la naissance, l'enveloppe extérieure est formée par la peau; dans la seconde, l'enveloppe extérieure est formée par les enveloppes du sac.

J'aborde maintenant la grande question de l'étiologie des éventrations ombilicales.

Cette étiologie serait, suivant une théorie ingénieuse proclamée par Meckel et généralement adoptée de nos jours, un arrêt de développement.

Or, admettre l'arrêt de développement par rapport à une lésion, c'est admettre qu'à une époque déterminée de la vie intra-utérine, le fœtus présente temporairement la disposition qui constitue cette lésion. Une lésion par arrêt de développement, c'est donc un état normal temporaire devenu permanent.

Dans toute question d'arrêt de développement, il est donc une question préalable: c'est la question embryologique, et lorsqu'il s'agira de la détermination d'un vice de conformation par rapport à l'arrêt de développement, nous ne devons pas nous contenter de preuves déduites de l'induction, de l'analogie, quelque ingénieuses, quelque brillantes qu'elles soient,

il ne suffira pas qu'on nous montre dans telle ou telle espèce animale une disposition permanente, normale, plus ou moins semblable à celle que l'on examine. Nous exigerons la preuve directe, et nous dirons: « Montrez-nous, le scalpel à la main, que le produit de la conception présente à une époque donnée de sa vie embryonnaire ou fœtale la disposition dont il s'agit. »

Appliquons ces principes à l'éventration ombilicale. Y a-t-il une époque dans la vie fœtale ou embryonnaire où le produit de la conception présente la disposition qui plus tard prend le nom d'éventration ombilicale? Oui, répond Meckel, qui expose ainsi le développement du canal intestinal, sous le rapport de sa situation. (1)

« La situation du canal intestinal n'est pas la même à toutes les époques, ainsi qu'on « peut déjà le conclure des détails dans lesquels je suis entré jusqu'ici. Quoiqu'il se « forme sur la face antérieure de la colonne vertébrale, il en est cependant bien plus « éloigné dans la plus grande partie de son étendue, durant les premiers temps de la vie, « qu'aux époques subséquentes. Il n'y a d'abord qu'une très petite portion de ses extrémités « supérieure et inférieure qui se trouve dans la cavité abdominale proprement dite: *tout le « reste est renfermé dans la gaîne ombilicale*, qui, soit pour cette raison, soit pour d'autres, « est encore extrêmement volumineuse et peut être considérée comme un prolongement « de l'abdomen..... Vers le milieu du troisième mois, le canal intestinal *rentre entièrement « dans la cavité du bas-ventre*, où la partie inférieure de l'intestin grèle est la dernière à se « glisser. »

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son excellent et consciencieux ouvrage (2), qui a élevé la tératologie au rang d'une véritable science, ayant sa méthode, ses lois, ses principes, établit en ces termes la théorie de l'éventration et de l'exomphale: « On sait, en effet, que, « chez l'embryon humain, jusque vers le commencement du troisième mois, les intestins « sont rassemblés et comme flottant au-devant de la cavité abdominale et forment une sorte « de paquet renfermé dans la gaîne alors extrêmement ample et étendue du cordon ombi- « lical, gaîne qui, à cette époque aussi, tient lieu des tégumens encore incomplets de la « paroi antérieure de l'abdomen. C'est précisément dans la persistance de ces conditions em- « bryonnaires chez le fœtus, que consiste l'anomalie appelée *hernie ventrale* ou *éventration*. « L'exomphale, au contraire, résulte de la persistance de ce degré plus avancé de l'organi- « sation, où la plupart des viscères digestifs sont déjà rentrés dans la cavité de l'abdomen, « fermée alors antérieurement aussi bien que sur ses parties latérales, et ne communiquant « plus avec l'intérieur que par l'ouverture de l'ombilic. Le segment inférieur de l'intestin grèle « est de toutes les portions du canal alimentaire celle qui rentre la dernière dans la cavité ab- « dominale, d'où l'on conçoit facilement qu'elle doit être aussi, comme elle l'est en effet, celle « qui, dans le cas d'exomphale, se trouve le plus souvent comprise dans la tumeur herniaire. »

Ne semble-t-il pas qu'il y ait une sorte de témérité à attaquer une doctrine soutenue par tous les savans de l'Allemagne et de la France, doctrine d'ailleurs si bien liée, si bien coordonnée; et dans un temps où l'on est si disposé à considérer comme des attaques de personnes des réfutations ou même de simples controverses légitimes sur les opinions scientifiques; il faut être dominé par l'amour de la vérité pour faire taire toute autre considération. Mais où serait la liberté de discussion, si elle n'était pas dans les matières de la science? Or, mes recherches sur le développement du canal intestinal ne m'ont nullement démontré que, dans les trois premiers mois de la vie intra-utérine, le canal alimentaire soit situé hors de la cavité abdominale. Cette proposition, que je n'exprimais que timidement dans mon *Anatomie descriptive* (3), je la présente ici d'une manière affirmative, parce que de nouveaux faits

(1) *Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique*, trad. par A. J. L. Jourdan, Paris, 1825, t. III, p. 422.

(2) *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*, Paris, 1832-1836, t. I, p. 373.

(3) *Anatomie descriptive*, Paris, 1834, t. II, p. 543: « Les embryologistes s'accordent à dire que, dans les premiers temps de sa « formation, le canal intestinal ne serait pas contenu dans la cavité abdominale où il ne plongerait que par ses extrémités supérieure « et inférieure. Toute la partie intermédiaire, c'est-à-dire la presque totalité de ce canal serait contenue dans l'épaisseur du cordon « ombilical, qui présenterait alors un renflement extrêmement considérable. Ce ne serait que vers le milieu du troisième mois que « le canal intestinal rentrerait entièrement dans la cavité de l'abdomen.

« Cette disposition est invoquée pour expliquer les hernies ombilicales congéniales, qui ne seraient autre chose qu'un arrêt de

sont venus convertir mes doutes en certitude, et je répéterai ici ce que j'ai dit ailleurs à ce sujet (xxiv[e] livraison, *Hernies ombilicales,* pl. 5 et 6): « Chez l'embryon, dans l'état « régulier, les intestins occupent la cavité abdominale tout aussi bien que les poumons et « le cœur occupent la cavité thoracique; le cerveau, la cavité crânienne. Les faits invoqués « par la théorie de l'arrêt de développement, au moins quant aux hernies congéniales de « l'abdomen, sont tout-à-fait des cas exceptionnels, des cas morbides qui doivent être placés « dans la même catégorie que ceux de l'encéphalocèle, qu'on n'a jamais songé à considérer « comme un arrêt de développement du cerveau.

J'ai examiné, il y a quelques jours, un embryon de cinq à six semaines, dont le cordon ombilical offrait, au voisinage de l'ombilic, un renflement vésiculaire ovoïde transparent; mais ce renflement, qui constituait plus de la moitié de la longueur du cordon et qui présentait à son centre les vaisseaux ombilicaux, ne contenait aucune anse intestinale. L'abdomen était complètement fermé; l'ombilic n'était pas plus ouvert que sur un fœtus de cinq mois: la ligne médiane n'offrait aucune trace de fissure.

A quelle époque faudrait-il donc remonter pour voir les scissures médianes de M. Serres et les intestins dans l'épaisseur du cordon ombilical. Est-ce avant la cinquième, la quatrième semaine, à l'époque où MM. Rathke, Baer (1) et Breschet ont trouvé des branchies dans les embryons des mammifères et de l'homme.

L'arrêt de développement me paraît donc devoir être rejeté quant à l'interprétation des éventrations ombilicales. Si on me demande une explication, je répondrai qu'une mauvaise attitude du fœtus, qu'une compression, à laquelle il aurait été soumis dans cette attitude, par exemple dans un renversement du tronc en arrière, pourrait très bien rendre compte de la sortie de l'intestin à travers l'anneau ombilical et de la distension des membranes d'enveloppe du cordon, qui constituent le sac herniaire. M. le docteur Voisin, de Limoges, m'a remis un fœtus, dont l'éventration congénitale paraissait reconnaître cette cause; car cette éventration, qui contenait tout l'intestin grèle, une partie du gros intestin et la presque totalité du foie, s'accompagnait d'un renversement du tronc en arrière et de côté et de pied-bots avec atrophie des membres inférieurs.

Lors même qu'on n'adopterait pas cette explication, il ne s'ensuivrait pas qu'on dût conserver la doctrine de l'arrêt de développement quant aux éventrations ou hernies congéniales (2). Dans les sciences, pour renverser une théorie, il n'est pas nécessaire d'en avoir une autre toute prête à lui substituer, l'interrègne des théories scientifiques ne tire pas à grande conséquence. Montrer le vide d'une théorie accidentelle, mais défectueuse, voilà le premier pas vers la vérité; le second pas vers la vérité, mais qui est bien distinct du premier, c'est l'établissement d'une théorie nouvelle.

L'éventration ombilicale est bien distincte de l'exomphale dans laquelle les intestins sont contenus dans un sac herniaire, revêtu du tissu cutané. L'exomphale peut-il se manifester avant la naissance? Y a-t-il une exomphale antérieure et une exomphale postérieure à la naissance? C'est l'opinion généralement admise (3); mais je ne connais pas un seul fait positif qui établisse l'existence d'une exomphale antérieure à la naissance. Il est au contraire des milliers de faits qui constatent la formation d'une exomphale à la suite des premiers vagissemens ou des premiers efforts de l'enfant nouveau-né.

« développement. Je dois dire ici que cette situation des intestins dans une cavité creusée en quelque sorte dans l'épaisseur du cordon « ombilical ne me paraît pas démontrée d'une manière positive; qu'il est un grand nombre de cas où l'on ne rencontre nullement « cette disposition; que, dans d'autres cas, il n'y avait qu'une anse intestinale dans l'épaisseur du cordon ombilical; que les cas « dans lesquels elle a été observée peuvent être considérés, sinon comme des cas morbides, au moins comme des cas dans lesquels « le développement de la paroi antérieure de l'abdomen avait été retardé. »

(1) Voyez C. F. Burdach, *Traité de physiologie considérée comme science d'observations*, trad. de l'allemand, par A. J. L. Jourdan, Paris, 1838, t. I, II, III.

(2) Comparez dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1838, t. II, p. 800 et 921.

(3) Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de l'organisation*, t. I, p. 373.

MALADIES DE L'INTESTIN GRÈLE.

Invagination (1) *ayant son siège à la partie supérieure de l'intestin grèle.*

(PLANCHES IV, V, VI, XXII^e LIVRAISON.)

Emmanuel (Mélanie), d'une constitution assez délicate, 29 ans, ouvrière en linge, est apportée à l'hôpital Necker le 28 février 1835, au soir, dans l'état suivant : l'abdomen est le siège de vives douleurs qui ne sont pas augmentées par la pression; les muscles abdominaux sont contractés et raides; point de ballonnement, point de tumeur appréciable; la face est pâle, elle exprime l'anxiété et la souffrance. Pouls petit, peu fréquent : chaleur naturelle; sécrétion d'urines abondante; aucun phénomène morbide du côté de la tête et de la poitrine. Point de hernie.

Pour commémoratifs, on recueille que, le matin du même jour, la malade avait été prise de coliques très douloureuses et de vomissemens; que les vomissemens avaient cessé dans la journée, mais que les coliques avaient persisté avec la même intensité. Il y avait absence complète de selles. On rapporte, en outre, que la malade avait été prise des mêmes accidens quatre fois pendant l'année 1834; que chaque fois elle était entrée à l'hôpital de la Pitié, où elle avait été guérie en quelques jours à l'aide d'une saignée, d'une application de sangsues et de cataplasmes sur l'abdomen.

Ces coliques furent considérées comme nerveuses : une potion calmante, un lavement avec six gouttes de laudanum, des cataplasmes opiacés sur l'abdomen furent prescrits. Soulagement momentané : la nuit, les coliques se réveillent avec une nouvelle intensité, et s'accompagnent de vomissemens.

Le lendemain 1^er mars, l'absence totale des selles, les coliques qui étaient presque continues, la sensibilité du ventre, qui avait augmenté, son *inégale tuméfaction*, les vomissemens fréquens portèrent M. Delarroque, chef du service, à diagnostiquer une invagination ou un étranglement interne. Voici d'ailleurs en quoi consistait l'inégale tuméfaction de l'abdomen : à l'hypogastre, l'abdomen était dans l'état naturel : la tuméfaction commençait à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, se dirigeait en bas et à droite, pour se terminer au-dessus et en dedans de la fosse iliaque de ce côté. (20 sangsues à l'épigastre; bains, cataplasmes sur le ventre, lavement avec deux onces de miel, limonade.)

Le 2 mars, persistance des accidens : abdomen plus tuméfié : rigidité des muscles abdominaux : anxiété plus vive : face grippée, yeux caves; abattement; petitesse et fréquence du pouls; quelques syncopes. Le lavement a été rendu sans matières stercorales; le liquide était *teint de quelques gouttes de sang* : la sécrétion urinaire se maintenait; point de hoquet. (Six ventouses sèches sur le ventre, cataplasmes, eau de Seltz; glace par petits morceaux.) La petitesse du pouls empêche d'avoir recours à une nouvelle application de sangsues.

Depuis le 2 jusqu'au 10 mars, jour de la mort, les accidens continuent avec une intensité graduellement croissante : coliques, vomissemens, que ne calment ni l'eau de Seltz, ni la glace, ni le lait, ni le bouillon par cuillerées. Le 5 mars survint la période d'affaissement : les douleurs diminuèrent; les vomissemens, *d'odeur stercorale* (2), *avaient succédé aux vomissemens bilieux :* une *tumeur* dans la direction précédemment indiquée se dessinait parfaitement à travers les parois abdominales. Ventre sensible à la pression: hypogastre souple; les lavemens n'amenaient rien : pouls petit et inégal, et pourtant absence de hoquets. Le 8, pouls filiforme, extrémités froides, face terreuse, supination, immobilité, état d'agonie qui se prolonge jusqu'à dix heures du soir.

Ouverture du cadavre, 18 heures après la mort. L'abdomen ouvert, les intestins présentent une couleur noirâtre; au milieu d'eux apparaît une tumeur de deux pouces et demi de diamètre et d'un pied de longueur, ayant une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite et décrivant un arc de cercle à concavité supérieure (pl. 4 et 5).

A cette tumeur, qu'on reconnaît pour une invagination, succède une portion d'intestin rétrécie IG, qui se continue sans ligne de démarcation avec elle. Cette tumeur est précédée par une autre tumeur très considérable formée par le duodénum rempli de liquides, dont elle est séparée par un étrangle-

(1) Observation et pièces pathologiques communiquées par M. Lafont, interne à l'hôpital Necker (service de M. Delarroque), membre de la Société anatomique.

(2) Il est bien difficile d'admettre une odeur stercorale dans des matières que l'autopsie nous démontre venir de l'estomac ou du duodénum.

ment circulaire I. Au point I, on voit l'intestin invaginé étreint par un anneau que forme l'intestin replié sur lui-même. Il est probable que le point I répond au commencement du jéjunum, que toute la partie dilatée DD qui surmonte l'invagination appartient à la deuxième et à la troisième portions du duodénum. L'invagination est donc aussi rapprochée que possible de l'estomac E. Il est encore probable que, de même que nous avons vu (pl. VI, XXI[e] livr.) la valvule iléo-cœcale limiter l'invagination de la partie inférieure de l'intestin grêle, de même, dans le cas actuel, le duodénum a limité l'invagination de la partie supérieure de cet intestin.

Le péritoine n'est recouvert de fausses membranes qu'à la surface de l'intestin qui répond à l'invagination. Ces fausses membranes sont récentes et établissent une adhérence légère entre la tumeur et les circonvolutions voisines.

L'estomac peu développé contient des matières liquides, jaunâtres, semblables à celles vomies pendant la vie; le grand cul-de-sac est sain; la moitié droite de ce viscère est rétrécie et parcourue par des rides formées par la membrane muqueuse.

La vaste ampoule duodénale qui précède l'invagination est remplie de liquides de même couleur. Le gros intestin contient des matières dures.

L'intestin grêle invaginant ayant été divisé suivant sa longueur, aussitôt a apparu (pl. IV et V) une tumeur cylindroïde formée par l'intestin invaginé. Cette tumeur recourbée en arc présente à sa partie inférieure une ouverture O, qui est le lieu de réflexion de l'intestin grêle en dedans de lui-même. Sa surface, qui est muqueuse SMI', SMI', est recouverte par une couche pseudo-membraneuse inégale et comme rugueuse, qui masque en grande partie les valvules conniventes.

La distension de l'intestin invaginant est telle que les valvules conniventes ont entièrement disparu sur la portion d'intestin I'', I'' qui répond à la convexité de l'intestin invaginé.

La pl. VI représente ouverts les trois cylindres d'intestin qui constituent l'invagination. I est le cylindre d'intestin central; I' est le cylindre d'intestin moyen; I'' le cylindre extérieur.

Le cylindre d'intestin central présente deux tumeurs polypeuses : l'une PM plus considérable occupant la partie supérieure; l'autre, plus petite P', occupant la partie inférieure de l'intestin central. Ces tumeurs sont mamelonnées, à pédicule étroit, formé par la membrane muqueuse toute seule; d'où il résulte évidemment que ces polypes appartenaient exclusivement à la membrane muqueuse. Les mamelons que présentent ces tumeurs me paraissent formés aux dépens des papilles ou villosités : leur section démontre une structure aréolaire et gélatiniforme (cancer aréolaire et gélatiniforme).

Sur la même planche VI, il est extrêmement facile de saisir les rapports des trois cylindres d'intestin qui constituent l'invagination et par conséquent le mécanisme de la formation du déplacement. Ainsi, le cylindre central I, en s'enfonçant dans le cylindre moyen I', a nécessairement entraîné ce dernier avec lui, en sorte que tous deux se trouvent contenus dans l'intestin invaginant I''. Le cylindre central I appartient à la partie la plus élevée de l'intestin grêle; le cylindre moyen I' appartient à la portion d'intestin qui lui fait immédiatement suite, et le cylindre périphérique, ou invaginant I'', appartient à la partie la plus inférieure. Les polypes n'ont pas concouru à l'invagination; car le polype principal PM celui dont le poids aurait pu produire le déplacement, n'occupe pas la partie inférieure, mais bien la partie supérieure du cylindre central; or c'est la partie inférieure de ce cylindre central qui a dû se déplacer la première.

Le cylindre central I oppose sa surface péritonéale à la surface péritonéale SPI' de l'intestin moyen : et le cylindre moyen I' oppose sa surface muqueuse à la surface muqueuse SMI'' de l'intestin périphérique.

Ces trois cylindres interceptent deux culs-de-sac aux limites qui les séparent. 1° Un cul-de-sac séreux est formé par le cylindre moyen et par le cylindre central : il occupe la partie inférieure de la tumeur; 2° un cul-de-sac muqueux est formé par le cylindre moyen et par le cylindre périphérique : il occupe la partie la plus élevée de la tumeur.

Le cylindre le plus externe forme la poche d'enveloppe; les deux cylindres moyen et interne forment la tumeur. (*Voy.* fig. 4 et 5.)

Les surfaces muqueuses correspondantes ne présentaient aucun travail d'adhésion. Il n'en était pas de même des surfaces séreuses contiguës, qui étaient unies entre elles par un grand nombre de lamelles pseudo-membraneuses étendues de l'une à l'autre surfaces, et contenant dans leurs aréoles une grande quantité de sérosité. Il y avait donc péritonite partielle dans l'épaisseur de l'invagination. Il y avait également péritonite partielle à l'extérieur, c'est-à-dire aux dépens du péritoine qui recouvrait le cylindre périphérique. Cette péritonite de l'intestin périphérique était caractérisée par une pseudo-membrane au-dessous de laquelle se voyait une couche assez épaisse de sang coagulé qui la séparait du péritoine.

La dissection des quatre membranes ou tuniques de l'intestin, non moins que la tranche de la section, m'ont démontré que les couches celluleuses qui séparent ces tuniques étaient infiltrées de sang, et que cette infiltration occupait surtout le tissu cellulaire sous-muqueux.

Une chose bien remarquable, et qui n'est peut-être qu'un cas exceptionnel, c'est que le cylindre moyen I' avait subi des altérations plus considérables que le cylindre central I (planche VI), altérations qui portaient

principalement sur son épaisseur. Le lieu le plus épais répondait au cul-de-sac que forme le cylindre central au moment où il se réfléchit pour constituer le cylindre moyen.

Le mésentère du cylindre central et celui du cylindre moyen contenus entre ces deux cylindres, étaient plissés sur eux-mêmes et allongés en corde. Il résulte de cette disposition que le mésentère des cylindres invaginés doit participer à l'étranglement et concourir à le produire. Peut-être l'étranglement du mésentère est-il pour quelque chose dans la production des accidens.

La présence du mésentère dans l'épaisseur de l'invagination explique pourquoi l'intestin invaginé continue à se nourrir, et pourquoi, dans le cas de séparation spontanée par gangrène et d'expulsion au-dehors de cette anse intestin invaginée, l'anse intestinale, éliminée, ne présente de traces de gangrène qu'à ses deux bouts.

Du reste, la planche v permet de saisir le mécanisme de la séparation de l'anse intestinale, dans les cas assez nombreux d'élimination de cette anse. L'espèce d'anneau ou de collier formé aux limites supérieures de la tumeur, par le cylindre externe sur le cylindre moyen, et par le cylindre moyen sur le cylindre interne, doit entraîner, à raison de l'obstacle apporté par l'étranglement aux circulations lymphatique et veineuse, un épaississement des parties comprimées, et par suite l'étranglement, la gangrène. Si le malade résiste aux conséquences immédiates d'un pareil désordre, si la péritonite est circonscrite et la gangrène limitée, on conçoit que la séparation des cylindres interne et moyen puisse s'effectuer, et la continuité du canal intestinal se rétablir par suite d'adhérence entre la séreuse de la portion du cylindre interne située immédiatement au-dessus de la portion d'intestin éliminée, et la séreuse du collier formé par le cylindre externe auquel reste attaché un débris du cylindre moyen. Il est à remarquer que, dans ce cas, le procédé employé par la nature pour le rétablissement de la continuité de l'intestin est exactement celui si heureusement imaginé par M. Jobert, et consiste essentiellement dans la juxta-position d'une surface séreuse à une surface séreuse. Il est probable, en effet, que la séparation du cylindre moyen ne se fait pas toujours au point précis de sa réunion avec le cylindre externe, mais bien un peu au-dessous de ce point. Si les choses ne se passaient pas ainsi, si le lieu de séparation du cylindre moyen était le point précis de la duplicature, une surface muqueuse, celle du cylindre externe, étant alors opposée à une surface séreuse, celle du cylindre interne, l'adhérence ne pourrait s'effectuer avec assez de promptitude, et un épanchement mortel suivrait immédiatement la précipitation des liquides accumulés au-dessus de l'étranglement au moment où la séparation de l'anse intestinale romprait la digue.

Il suit de ce qui précède que, dans le cas de séparation spontanée d'une anse intestinale, cette anse intestinale est constamment formée par les cylindres interne et moyen.

Je crois devoir rapporter ici l'observation suivante, que M. le docteur Tuilier et moi nous communiquâmes, en 1818 (1), à la Société de la Faculté de médecine, qui l'a consignée dans son IX[e] Bulletin, même année.

Brochet (Alpinien), âgé de 37 ans, tisserand, sec, bilieux, irascible, d'une bonne constitution, n'étant sujet ni aux coliques, ni à la diarrhée, ni à la constipation, fut pris, sans cause connue, le 13 septembre 1818, de coliques légères, qui se dissipèrent par l'ingestion d'une certaine quantité d'eau chaude.

Le 18, nouvelles coliques, mais beaucoup plus intenses. M. Robert appelé, administra une potion calmante, qui les dissipa.

Le 20, on crut voir des symptômes d'embarras gastrique, et on donna l'ipécacuanha, qui détermina beaucoup d'efforts de vomiturition, mais peu de vomissemens.

Le soir, les vomissemens surviennent spontanément, persistent toute la nuit et s'accompagnent de hoquets. (Potion calmante, émolliens.)

Le 21, vomissemens de matières fécales et d'ascarides lombricoïdes : le hoquet continue ; le ventre se météorise et devient douloureux, surtout par la pression : insomnie, délire, point de selles, urines rares et troubles (lavemens, embrocations, cataplasmes, limonade). Les lavemens amènent une petite quantité de matières noirâtres, semblables à du sang décomposé, brûlé, suivant l'expression de la femme du malade.

Les 22, 23, 24, mêmes symptômes, qu'on combat par les mêmes moyens : on ajoute de la manne aux lavemens. Etat désespéré.

Le 25, demi-bain. On veut appliquer des sangsues, mais l'agitation du malade rend cette application impossible. (Diascordium dans du vin pour calmer le hoquet et les vomissemens.)

Le 26, selles copieuses, spontanées dans le demi-bain, avec soulagement notable : diminution du hoquet, des vomissemens, de la tension et de la sensibilité abdominales.

Le 27, les évacuations alvines continuent, et avec elles l'amélioration dans l'état du malade.

Le 28, un purgatif minoratif provoque des selles copieuses et très fétides, dans lesquelles on trouve des ascarides lombricoïdes.

(1) La pièce me fut communiquée par M. le docteur Tuilier, médecin à Limoges, qui la devait lui-même à M. Robert, officier de santé à Aixe, près Limoges.

Le 2 octobre, second minoratif qui détermine des selles très abondantes et toujours très fétides. En rendant une de ces selles, le malade sentit quelque chose *qui ne finissait plus* (ce sont ses expressions) sortir par l'anus. Il voulut absolument savoir ce que c'était, et força sa femme, qui ne s'en souciait guère, à mettre à part cette selle, disant qu'il fallait la montrer au chirurgien, qu'elle pourrait l'éclairer sur sa maladie; et en effet, M. Robert vit, non sans étonnement, dans cette selle, une anse intestinale dont voici la description. Elle avait dix-huit pouces de longueur, et appartenait bien évidemment à l'intestin grêle. L'examen des valvules conniventes aurait pu faire reconnaître si elle appartenait à la partie supérieure ou bien à la partie inférieure de l'intestin grêle. Cet examen ne fut pas fait. Les extrémités de l'anse étaient inégalement découpées; un lambeau du mésentère, de 5 à 6 pouces de long, adhérait à l'un des bouts de l'intestin : je pensai alors « que ce lambeau du mésentère indiquait la longueur de la portion invaginée restante; » et j'ajoutai « qu'une partie plus ou moins considérable de cet intestin invaginé dut être détruite « postérieurement à la sortie de l'anse intestinale. » Je crois aujourd'hui que cette opinion était erronée.

Je reviens à l'observation clinique : les jours qui suivirent l'expulsion de l'intestin, déjections considérables de matières semblables à des râclures de boyaux avec coliques qui ne durent que deux secondes.

Ces douleurs ont diminué graduellement, se sont concentrées dans un point fixe au-dessous de l'ombilic et ne paraissaient qu'au moment de la digestion. Elles étaient d'autant plus vives, que le malade avait mangé une plus grande quantité d'alimens. Le 28 octobre, il avait repris son appétit et ses forces, et n'allait à la selle que toutes les 24 heures. Le ventre était souple, indolent, et les douleurs, pendant la digestion intestinale, étaient presque nulles.

J'ai appris depuis que le malade, qui avait survécu plusieurs années, était mort d'une maladie étrangère aux conséquences de l'iléus.

Les détails relatifs au mode de cicatrisation des intestins invaginés se trouvent dans une observation de M. Millot (Bulletin de la Soc. philomatiq., t. II, n° 4). Il s'agit d'un malade qui succomba le 44^e^ jour de l'invasion des accidens, après avoir rendu par les selles 15 à 16 pouces d'intestin grêle. A l'autopsie, qui fut faite par M. Laumonier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, on trouva les deux extrémités de l'intestin parfaitement cicatrisées. « Elles paraissaient avoir été coupées en bec de flûte, et s'être ajustées exactement l'une « contre l'autre dans ce sens. Le point de réunion avait contracté de fortes adhérences avec « le péritoine. Néanmoins, la cavité de l'intestin n'était nullement rétrécie, pas même dans « l'endroit de la cicatrice. La portion manquante appartenait au jéjunum et à l'iléon. »

Deux cas de guérison non moins authentiques se trouvent consignés dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Dans l'un, qui appartient à Sobaux, 23 pouces du colon avaient été expulsés par les selles; dans l'autre, qui appartient à Salguer, 28 pouces d'intestin grêle avaient été expulsés par la même voie : les pièces qui établissent l'authenticité de ces faits avaient été présentés à l'Académie.

M. Thompson (1), dans un travail fort intéressant, a recueilli et analysé *trente-cinq* observations disséminées dans les Annales de la Science, et qui ont pour objet l'évacuation par l'anus de portions cylindriques d'intestin. Voici les conclusions principales de ce travail :

1° Sur ces *trente-cinq* cas, la portion d'intestin évacuée appartenait *vingt- deux fois* à l'intestin grêle, savoir : (au jéjunum trois fois, au jéjunum et à l'iléon trois fois, à l'iléon seul onze fois, cinq fois à une partie non déterminée de l'intestin grêle); elle appartenait à l'iléon et au cœcum *une fois,* à l'iléon, au cœcum et au colon, *deux fois,* au cœcum seul *une fois,* au cœcum et à l'extrémité inférieure du colon *trois fois,* au colon seul *deux fois*, *quatre fois* à une portion indéterminée de l'intestin.

2° La longueur de la portion d'intestin éliminée (séquestre) a varié entre six pouces et quarante : rarement l'intestin se trouvait divisé en deux parties; presque toujours il entraînait avec lui un lambeau du mésentère : une fois on y a reconnu un ganglion mésentérique, et une autre fois un fragment d'épiploon.

3° La durée de la maladie a varié entre quatre jours et quarante : le plus souvent elle a été d'un mois.

4° Sur dix-neuf cas qui ont eu une terminaison funeste, la mort a paru onze fois la

(1) *Edinburgh medical and surgical journal*, octobre 1835.

conséquence immédiate du travail inflammatoire qui avait amené la séparation; huit fois elle a été le résultat des modifications secondaires apportées dans le canal intestinal par l'accident primitif.

5° Sur quinze ouvertures de cadavres, il est dit tout simplement, dans un cas, qu'il y avait continuité dans les membranes internes des deux portions d'intestin cicatrisées. Dans un autre, il n'y avait pas de rétrécissement sensible, quoique la cicatrice adhérât fortement au péritoine. Dans un troisième cas, le tube intestinal était très rétréci, et laissait néanmoins passage aux matières fécales. Ici, les parois du canal n'étaient pas seulement contractées, mais encore elles étaient considérablement épaissies : là, le resserrement était tel que l'extrémité du petit doigt ne pouvait se frayer un passage dans la cavité de l'intestin. Ailleurs, un abcès situé dans l'épaisseur même de la cicatrice communiquait avec un foyer purulent du muscle psoas : tantôt le bout supérieur de l'intestin divisé était profondément invaginé dans le bout inférieur; tantôt il s'ouvrait dans une vaste poche au fond de laquelle existait la trace de l'orifice inférieur, fermé par une inflammation adhésive. Quatre fois, on a trouvé une communication entre le canal intestinal et la cavité du bas-ventre, soit que la cicatrisation eût été incomplète dans le principe, soit que l'étroitesse excessive du passage en eût provoqué la rupture, soit enfin qu'une inflammation secondaire eût déterminé la gangrène. De vastes inflammations du péritoine, des adhérences envahissant tout le paquet intestinal, des épanchemens séro-purulens, de larges plaques gangréneuses accompagnaient le plus souvent les modifications indiquées ci-dessus. Chez les malades qui ont guéri, la convalescence était remarquable par la rapidité de sa marche et par le retour précoce d'un appétit dont les exigences trop tôt satisfaites ont amené quelquefois de funestes résultats.

Considérations générales sur les invaginations.

Les cas d'invagination intestinale comprennent : (A) ceux d'*invagination du rectum à travers l'anus;* (B) ceux d'invaginations à travers un anus contre nature; (C) ceux d'invaginations qui ont lieu dans la continuité de l'intestin.

(A) L'invagination du rectum à travers l'anus (voy. XXI[e] livr., pl. VI) ou chute du rectum diffère des autres invaginations, 1° par l'altération considérée en elle-même. En effet, à raison de l'issue des parties à travers l'anus, l'invagination est constatée par deux cylindres seulement, dont l'interne est formé par la portion d'intestin située immédiatement au-dessus du cylindre externe. 2° Par le mécanisme de sa formation, le déplacement commençant par le cylindre externe. 3° Par l'impossibilité de l'étranglement.

(B) L'invagination qui a lieu par les anus contre nature est dans la même catégorie que l'invagination du rectum. Comme dans cette dernière, elle est constituée par deux cylindres d'intestin seulement; comme dans la hernie du rectum, l'invagination a commencé par le cylindre externe ou invaginant.

L'observation suivante, que j'ai recueillie en 1820 à l'hôpital de Limoges, me paraît propre à éclairer quelques-unes des questions relatives à l'invagination des anus contre nature.

Anus contre nature. Invagination irréductible. Efforts de réduction. Accidens d'étranglement. Gangrène de l'intestin au-dessus de l'invagination.

Un homme, âgé de 45 ans, d'une forte constitution, d'un embonpoint remarquable, entre à l'hôpital pour un anus contre nature qu'il portait depuis deux ans et demi à l'anneau inguinal du côté droit. Cet anus, qui était le résultat d'une hernie terminée spontanément par gangrène, présentait à-la-fois deux invaginations, dont l'une, principale, longue de huit à neuf pouces, avait la forme d'un boudin recourbé sur lui-même à son extrémité inférieure. Lorsque le malade restait au lit, la tumeur se réduisait de 9 pouces à 6; lorsqu'il se levait, elle reprenait presque immédiatement sa plus grande longueur. Aussi le malade s'était-il condamné à garder le lit. On avait fait à plusieurs reprises des efforts infructueux de réduction. Ce malheureux recevait sa tumeur dans un pot de terre dont la surface lisse l'incommodait beaucoup moins que le

linge dont il s'était servi pendant quelque temps, et dont le frottement était très douloureux. La surface de la tumeur était d'un rouge vif, indolente, recouverte de mucus, et présentait des rides circulaires sans aucun pli qui ressemblât aux valvules conniventes. Ces circonstances me firent penser que la portion d'intestin déplacée appartenait ou à la fin de l'intestin grèle ou au gros intestin. Ayant vainement cherché la trace des trois bandes longitudinales du gros intestin et des bosselures ou cavités qui résultent de leur présence, je penchai pour la fin de l'intestin grèle. Du reste, il fut facile de reconnaître que la portion d'intestin invaginée appartenait au bout inférieur de l'intestin, car il n'était jamais sorti que des mucosités par l'orifice inférieur de l'espèce de boudin qu'elle représentait. A la partie interne et un peu postérieure de ce boudin, existait une autre tumeur du volume du poing, à surface rouge, comme lobuleuse, à la base de laquelle était l'ouverture par laquelle sortaient les matières fécales, qui étaient verdâtres, et ne m'ont jamais offert le caractère fécal. Cette tumeur était également formée par l'intestin renversé. Du reste, l'état général était excellent, et l'appétit naturel. — Une particularité assez remarquable, c'est que les deux portions d'intestin ne paraissaient pas naître immédiatement de l'anneau, mais bien d'une tumeur assez considérable, tout-à-fait semblable à celle que formerait une hernie inguinale.

Des tentatives de réduction furent pratiquées à plusieurs reprises, mais sans résultat autre que celui qu'obtenait le séjour au lit, c'est-à-dire une diminution de 2 ou 3 pouces de longueur. A la suite d'une de ces tentatives, qui fut très considérable et dont je ne fus pas le témoin, le ventre devint douloureux sans intumescence, froid des extrémités, vomissemens, décomposition des traits de la face, petitesse extrême du pouls, soif ardente : l'intestin déplacé prend une couleur livide, exhale une odeur gangréneuse et présente un volume beaucoup moindre. Mort le quatrième jour de l'invasion de ces accidens et des tentatives de réduction.

Ouverture du cadavre. — La portion d'intestin invaginée appartenait au commencement du gros intestin. La valvule iléo-cœcale et l'appendice vermiculaire située à côté de l'anus contre nature ne permettaient pas le moindre doute à cet égard. La surface séreuse du cylindre invaginant adhérait dans une étendue de six pouces, et par des liens celluleux fort résistans, à la surface séreuse du cylindre invaginé; d'où l'impossibilité de la réduction. Le gros intestin était attiré en bas, suivant une ligne obliquement étendue de l'hypochondre gauche à l'anneau inguinal droit. A quelques pouces au-dessous du bout inférieur, le gros intestin ressemblait à une corde qui égalait à peine le volume du petit doigt. Le repli péritonéal qui soutenait ce gros intestin était chargé de graisse.

La portion d'intestin qui précédait l'anus contre nature, c'est-à-dire le cul-de-sac du cœcum, se continuait avec celle qui le suivait immédiatement, c'est-à-dire avec le colon, à l'aide d'une portion ou débris d'intestin qui équivalait aux *deux tiers* de la circonférence de cet intestin et qui avait deux pouces de long : c'est cette portion d'intestin qui, refoulée en dehors et renversée sur elle-même, constituait la tumeur lobuleuse à la base de laquelle s'écoulait les matières fécales. On ne conçoit pas que le rétablissement du cours des matières n'ait pas eu lieu spontanément, tant était peu considérable la portion manquante de la circonférence de l'intestin : des soins mal entendus, un renversement précoce de l'intestin ont dû seuls s'y opposer.

La portion d'intestin qui constituait l'invagination n'était nullement altérée dans sa structure. Mais à trois pouces et demi de l'anus contre nature, la fin de l'intestin grèle présentait, dans l'étendue de huit à dix pouces, une couleur noirâtre, une épaississement notable, une fétidité extrême, en un mot un état gangréneux, sans diffluence, avec escarification, comme si le cautère actuel avait été appliqué sur l'intestin.

Aux limites de l'escarre, dans l'étendue de cinq à six pouces, la muqueuse intestinale présentait une rougeur intense.

Il est bien remarquable que la gangrène n'ait pas porté sur la portion d'intestin invaginée, sur celle par conséquent qui a été soumise aux tentatives de réduction, mais bien sur celle qui était placée à une certaine distance au-dessus. Les tentatives de réduction auraient-elles donc été étrangères à la gangrène de l'intestin?

Une circonstance fort curieuse de cette observation, c'est qu'il existait derrière les deux bouts d'intestin un sac herniaire assez considérable, vide, mais qui était éminemment propre à recevoir les intestins : c'était ce sac herniaire qui constituait la tumeur que j'ai dit servir de support aux deux bouts d'intestin proéminant à travers l'anneau. Comment se rendre compte de l'existence de ce sac herniaire? J'ai pensé que la hernie cœcale à laquelle avait succédé l'anus contre nature était dans la catégorie des hernies qui sont dépourvues de sac herniaire à leur partie antérieure (1), et que ce sac herniaire occupait la partie postérieure de l'intestin, c'est-à-dire toute la partie qui avait échappé à la gangrène. Aussi n'ai-je trouvé aucun débris du sac herniaire, aucun *infundibulum*, pour me servir de l'expression de Scarpa : les deux bouts d'intestin se sont donc trouvés exactement dans les conditions d'une plaie avec perte de substance, et l'absence de l'infundibulum, de cet intermédiaire nécessaire, au dire de Scarpa, pour le rétablissement du

(1) Voy. Essai sur l'Anat. patholog., tom. II, ce que j'ai dit, d'après Scarpa, sur les hernies de la vessie et du rectum, lesquelles sont incomplètement pourvues du sac herniaire.

cours des matières, me paraissait une des causes de la persistance de l'anus contre nature, malgré les conditions favorables dans lesquelles il se trouvait placé. Une circonstance qui peut avoir contribué à la persistance de l'anus contre nature, c'est la nécessité où étaient les matières de remonter contre leur propre poids; et cette circonstance peut bien être tenue en ligne de compte dans un cas où la contraction péristaltique de l'intestin est plus ou moins entravée.

Il est évident que, dans ce cas, le procédé de Dupuytren pour les anus contre nature n'était nullement applicable; car il n'y avait pas cet éperon qui, à la manière d'une valvule, gêne le cours des matières. Une tente de charpie ou de linge introduite dans l'un et l'autre bout, ou mieux une compression légère exercée sur l'anus artificiel, à la manière de Desault, aurait évidemment suffi pour le rétablissement du cours des matières.

Comment se rendre compte de l'inflammation gangréneuse de l'intestin grêle? Est-elle liée aux efforts de réduction, en est-elle indépendante? Un fait qui semblerait établir cette dernière opinion, c'est que la gangrène s'est manifestée sur le bout d'intestin opposé à celui sur lequel des efforts de réduction ont été pratiqués et à une certaine distance de ce bout.

Une autre particularité non moins intéressante de cette observation, c'est que l'invagination s'était faite aux dépens du bout inférieur et non aux dépens du bout supérieur de l'intestin. Il est probable que la valvule iléo-cœcale placée immédiatement au-dessus de l'anus contre nature s'est opposée au renversement du bout supérieur.

(C) Les invaginations qui ont lieu dans un point autre que le voisinage d'un anus naturel ou artificiel présentent un caractère bien différent : 1° elles sont constituées par trois cylindres d'intestin; 2° elles sont susceptibles d'étranglement, ou plutôt l'étranglement est presque inévitable.

Les invaginations de l'intestin grêle sont susceptibles d'étranglement comme les invaginations du gros intestin. Sous ce rapport, le fait qui est le sujet des planches I, II, III, est propre à rectifier une erreur échappée à Dance, qui, dans son excellent Mémoire sur les invaginations morbides des intestins (*Répertoire général d'anatomie*, par M. Breschet, t. 1er, in-8°, p. 462), « pense que les invaginations de l'intestin grêle sont généralement de peu d'éten-
« due : elles ne paraissent avoir aucune gravité, et il serait même difficile de leur assigner
« des symptômes, tant leur existence a peu d'influence sur l'état des fonctions. Il est même
« probable qu'elles s'établissent momentanément dans une foule de cas inaperçus de la part
« de l'individu tant en santé qu'en maladie, et qu'elles disparaissent avec la même facilité. »

Il est évident qu'en parlant de cette prétendue innocuité de l'invagination de l'intestin grêle, Dance faisait allusion à ces petites invaginations, sans trace aucune d'inflammation, qu'on rencontre si souvent sur le cadavre, et qui paraissent le résultat de la perturbation dans le mouvement péristaltique qui a lieu dans l'agonie. C'est encore une question litigieuse que celle de savoir si la mobilité de l'intestin grêle est une condition favorable à la réduction spontanée de l'invagination.

Si les invaginations des agonisans se font quelquefois de bas en haut : *nunc pars intestini superior, inferiorem, nunc hæc, illam, pro vaginâ sibi eligit, ac ibidem absconditur* (J.-P. Frank), il n'en est pas de même des invaginations morbides proprement dites; du moins, je ne connais pas d'exemple où le bout inférieur ait été reçu dans le bout supérieur.

Du reste, le mécanisme suivant lequel s'opère l'invagination, c'est-à-dire l'insinuation du bout supérieur dans le bout inférieur qui se renverse sur lui-même à la manière d'un doigt de gant pour constituer les deux cylindres moyen et externe, établit, 1° qu'à mesure que l'invagination fait des progrès, le cylindre central s'enfonce dans le cylindre moyen; 2° que le cylindre moyen s'allonge en proportion du cylindre central, et que son allongement a lieu le plus souvent aux dépens du cylindre externe, qu'il peut cependant s'opérer en partie aux dépens du cylindre central; 3° que le collier de l'invagination, c'est-à-dire le point où le cylindre central est étranglé par le repli annulaire que forme la duplicature des cylindres moyen et externe, doit être formé successivement par divers points de l'intestin, et conséquemment varier tout le temps que l'invagination fait des progrès; 4° que l'invagination ne peut être limitée que par l'étranglement ou par

des dispositions particulières de l'intestin. Ainsi le duodénum, si solidement fixé à la place qu'il occupe, a limité le déplacement dans le cas représenté XXII^e livr., pl. IV, V, VI; la valvule iléo-cœcale a limité le déplacement dans le cas représenté XXI^e livr. XXI, pl. VI. Cependant, on conçoit que cette dernière barrière puisse être franchie. Ainsi, dans un cas particulier, Dance a vu la fin de l'intestin grêle pénétrer par la valvule iléo-cœcale dans la cavité du cœcum, qu'elle remplissait presqu'en entier. — On cite des cas dans lesquels la fin de l'intestin grêle invaginée dans le gros intestin venait sortir par l'anus.

Des coliques violentes, c'est-à-dire des contractions spasmodiques du canal alimentaire ont le plus souvent précédé l'apparition de l'invagination, à tel point qu'il est bien difficile, dans le plus grand nombre des cas, de déterminer d'une manière précise l'époque où s'est faite l'invagination, laquelle ne peut être soupçonnée qu'au moment où se manifestent les symptômes de l'étranglement; cependant quelquefois la maladie débute subitement par les symptômes les plus graves : sa marche peut être aiguë ou chronique. Les accidens peuvent être continus, rémittens ou intermittens : on conçoit que la rémittence ou l'intermittences des symptômes d'étranglement supposent le rétablissement complet ou incomplet du cours des matières fécales, dont la *rétention* en se renouvelant, renouvelle aussi les accidens.

La présence d'une tumeur dans telle ou telle région de l'abdomen coïncidant avec les accidens de l'étranglement, tel est le symptôme à l'aide duquel on pourra diagnostiquer ou plutôt soupçonner l'existence d'une invagination.

Les cas d'invagination terminés par la guérison sont ceux dans lesquels la nature a fait tous les frais de cette heureuse terminaison par la séparation ou l'élimination du cylindre moyen et du cylindre interne.

La mort dans l'invagination peut avoir lieu de plusieurs manières. 1° Elle peut être la suite de l'atteinte profonde portée aux forces de la vie par le fait de l'étranglement et des phénomènes sympathiques auxquels il donne lieu; 2° elle peut être la suite d'une péritonite; 3° elle peut être déterminée par la gangrène de l'intestin avec ou sans épanchement de matières dans l'abdomen.

Le traitement de l'invagination se compose des moyens généraux dirigés contre l'étranglement interne. Aucune opération chirurgicale ne saurait être proposée; car l'existence de l'invagination est toujours plus ou moins problématique; et lors même que le diagnostic serait aussi positif qu'il est douteux, lors même qu'on arriverait juste sur la portion invaginée par une incision pratiquée aux parois abdominales, qu'on l'attirerait aisément au dehors, on conçoit que la désinvagination de l'intestin pourrait, dans l'état d'altération où sont les tuniques intestinales, rompre des adhérences salutaires, rompre l'intestin lui-même; on conçoit enfin qu'une péritonite presque nécessairement mortelle serait la suite d'une pareille manœuvre. Quant au moyen imaginé par le docteur Bonati (1), et qui consisterait à pratiquer par le rectum des injections forcées, à l'aide d'une pompe à jet continu en même temps qu'on administrerait par la bouche du mercure coulant, il est permis de douter que la guérison inespérée du malade, pour lequel il a été mis en usage, soit due à l'emploi combiné de ces deux forces opposées. L'existence d'une invagination dans ce cas particulier n'est d'ailleurs nullement prouvée. Outre que les injections forcées par l'anus ne remédient en rien aux inconvéniens généralement reconnus du mercure coulant dans le cas d'invagination, on conçoit que ces injections à l'aide desquelles on espère refouler en haut la portion d'intestin invaginée, ne sauraient dépasser la valvule iléo-cœcale, et par conséquent ne seraient applicables qu'aux invaginations du gros intestin.

(1) *Annali universali di medicina*, octobre et novembre 1834.

MALADIES DES INTESTINS.

Lésions de canalisation. Rétrécissement du gros intestin. — Corps étrangers.

(PLANCHE VI, XXVI[e] LIVRAISON.)

Noyaux de cerises arrêtés par un cancer encéphaloïde circulaire du gros intestin. — Obscurité du diagnostic. — Sensation d'emphysème. — Perforation spontanée de l'intestin. — Péritonite par suite du passage de trois noyaux de cerises dans la cavité du péritoine.

Femme Richer, âgée de 58 ans, entra le 3 juillet 1835 (1) dans mon service à la Salpêtrière, salle Saint-Denis n. 13, pour un dévoiement datant de quelques jours, avec prostration musculaire considérable. Elle portait à l'ombilic, immédiatement au-dessous de la cicatrice ombilicale, une tumeur fluctuante du volume d'une grosse noix, paraissant se prolonger dans l'épaisseur des parois abdominales, rénitente, irréductible, sans bruit de gaz, offrant une fluctuation liquide manifeste, et d'ailleurs indolente à la pression : la peau présentait une rubéfication qui annonçait qu'elle commençait à participer à la phlegmasie des parties subjacentes.

Derrière l'ombilic, tumeur dure, qui s'étendait à droite jusque dans l'hypocondre.

Un phénomène fort curieux fixa mon attention : c'est qu'en exerçant une pression légère sur la tumeur, j'éprouvai la sensation de crépitation fine et sèche qui caractérise l'emphysème : cette sensation était extrêmement prononcée. Elle fut perçue par toutes les personnes qui suivaient habituellement la visite, et par MM. Auguste Bérard et Hourman. Elle était superficielle, en sorte qu'elle paraissait siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané : mais comment expliquer cet emphysème ? Y aurait-il eu adhérence du colon avec les parois abdominales ; perforation de cet intestin et infiltration des gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané ? Du reste, il n'existait aucun symptôme d'étranglement : la malade avait le dévoiement depuis plusieurs jours, et la veille, M. Hourman, qui me remplaçait, lui avait administré deux onces d'huile de ricin, dans la pensée très judicieuse que, nonobstant le dévoiement, il pouvait bien y avoir rétention de matières fécales d'ancienne date ; sous l'influence du purgatif, la malade avait rendu plusieurs selles, dont quelques-unes de consistance assez dure. Abdomen souple et indolent.

L'état général annonçait d'ailleurs une fin prochaine. La prostration des forces était considérable, la langue sèche, la soif vive.

Je vis la malade pour la première fois le 6 juillet : le 12, l'état adynamique était porté au plus haut degré, la tumeur fluctuante ombilicale avait acquis le volume du poing. Le 13, je trouvai la malade plongée dans l'état comateux le plus profond. Perte de myotilité, perte de sensibilité, perte d'intelligence. La peau était brûlante et couverte de sueur ; les pupilles contractées et immobiles. Les infirmières ne purent nous donner aucun éclaircissement positif sur le mode d'invasion de cet état ; seulement on nous dit que la malade avait été prise d'un tremblement considérable quelques instans avant la visite. Mort à onze heures du matin.

La sensation d'emphysème, que nous avions perçue le premier jour, se maintint jusqu'au dernier moment, sans augmentation ni diminution.

Ouverture du cadavre. — La tumeur fluctuante de l'ombilic était constituée par une poche contenant un verre d'un pus grisâtre et floconneux, d'une odeur fétide. Cette poche, dont le diamètre transversal était plus considérable que le diamètre vertical, était divisée en deux parties, l'une antérieure et l'autre postérieure aux muscles droits de l'abdomen. Sa cavité était subdivisée en plusieurs cellules par des cloisons incomplètes. Sa surface interne était tapissée par un détritus gangréneux. Sa cavité n'avait aucune communication avec la cavité péritonéale.

L'abdomen ouvert, nous avons trouvé les traces d'une péritonite extrêmement intense ; savoir : pus qui était surtout accumulé dans le petit bassin, flocons albumineux, rougeur très vive, arborisations, ecchymose sous-péritonéale.

(1) Observation recueillie par M. Diday, interne dans mon service. C'est cette observation, présentée à la Société anatomique, qui a été publiée assez incomplètement par M. Mimard, élève externe.

Nous vîmes alors que la cause de la sensation d'emphysème, qui nous avait paru si inexplicable, était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerises, qui remplissaient le cœcum, le colon ascendant et une petite partie du colon transverse (pl. VI, 26e livr.); que la collision de ces noyaux de cerises, qui fuyaient sous le doigt par la plus légère pression, déterminait une sensation analogue au bruissement et au déplacement de l'air dans l'emphysème. L'illusion était si facile, qu'on ne pouvait s'en défendre même en réitérant l'exploration sur le cadavre.

La cause de l'accumulation de ces noyaux de cerises, dont on compta jusqu'à 617, était dans un rétrécissement organique siégeant à l'arc du colon, au niveau de l'ombilic.

Une perforation elliptique PF, de six lignes sur quatre, se voyait en deçà de l'obstacle, et c'était par cette ouverture béante que trois noyaux de cerises avaient pénétré dans la cavité abdominale.

L'intestin ayant été ouvert, nous avons vu que l'obstacle au cours des matières était produit par une dégénération encéphaloïde des parois de l'intestin, laquelle avait prodigieusement rétréci le calibre de l'intestin, au point de lui permettre à peine d'admettre une plume de corbeau. Les figures 1 et 2 représentent le rétrécissement R et l'infundibulum INF, que présente la muqueuse aux limites du rétrécissement. Du reste, le tissu dégénéré était aréolaire et pénétré de suc cancéreux qu'on exprimait par la pression : on pouvait reconnaître au milieu de ce tissu des faisceaux musculaires hypertrophiés HM, HM.

En deçà du rétrécissement, l'intestin présentait, outre la perforation, un grand nombre d'érosions ovalaires UUU, fig. 2, évidemment produites par l'action mécanique exercée contre les parois de l'intestin par la présence des noyaux. La membrane musculaire se voyait au fond de la plupart de ces ulcérations. La perforation PF avait eu lieu aux dépens de l'une d'elles.

L'arc du colon formait au-delà du rétrécissement une anse qui adhérait fortement à l'ombilic. C'est cette anse AC, adhérente à la face postérieure des parois abdominales qui a été représentée sur la figure.

Le cerveau était dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Réflexions. — 1° L'état comateux avec perte complète et générale du sentiment, du mouvement et de l'intelligence, dépend soit d'une apoplexie centrale et très considérable de la protubérance annulaire, soit d'une lésion fonctionnelle purement sympathique du cerveau. Mais les apoplexies centrales et considérables de la protubérance sont si rares, les lésions fonctionnelles sympathiques du cerveau si fréquentes, que je n'avais pas hésité, dans le cas actuel, à avancer que nous ne trouverions rien dans le cerveau : tous les jours nos malades de la Salpêtrière, soit dans le cours d'une maladie aiguë (pneumonie, péritonite), soit dans le cours d'une maladie chronique (cancer de l'utérus, maladies du foie, péritonite chronique), sont prises d'une paralysie complète et générale du sentiment et du mouvement, d'une abolition complète de la perception et de l'intelligence, sans que l'autopsie constate la moindre lésion du cerveau et de ses dépendances. Dans toute apoplexie, si l'on en excepte toutefois les apoplexies centrales de la protubérance, la paralysie porte plus sur une moitié du corps que sur l'autre.

2° L'abcès ombilical avait bien évidemment pour siège un ancien sac herniaire dont le collet était complètement oblitéré. C'est par erreur qu'il avait été dit qu'il existait une communication entre la cavité du sac herniaire et la cavité péritonéale. Le pus du sac herniaire était fétide, comme dans les abcès gangréneux; le pus du péritoine était blanc. M. Thomson, qui a été chargé de faire sur cette observation un rapport à la Société anatomique, et qui a apporté dans ses recherches la plus minutieuse exactitude, a, de son côté, parfaitement constaté le défaut de communication. Le même rapporteur a également reconnu que du foyer principal partaient cinq petits foyers secondaires sans communication les uns avec les autres; que, pour les constituer, le pus s'était fait jour à travers les ouvertures naturelles que présentent les aponévroses pour donner passage aux vaisseaux, et le long de l'espèce de tige que représentent ces vaisseaux; que les deux foyers principaux avaient pénétré dans la gaîne des muscles droits, entre la face antérieure des muscles et la gaîne; que les trois autres clapiers existaient entre le feuillet superficiel et le feuillet profond du fascia superficiel. On reconnaissait dans ces divers foyers la tige vasculaire qui avait servi de conducteur au pus.

Ainsi, relativement à la tumeur ombilicale, nous devons la considérer comme tout-à-fait étrangère à la maladie principale. Une ancienne hernie ombilicale épiploïque existait : des adhérences intimes entre l'épiploon et le collet du sac ont intercepté toute communication entre le sac herniaire et la cavité péritonéale. Un abcès s'est formé : le sac herniaire ayant été détruit, le pus a fusé le long des vaisseaux, ou plutôt l'inflammation s'est propagée à l'aide du tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux jusque dans des espaces celluleux plus considérables.

3° La tumeur ombilicale n'était donc qu'un épiphénomène dans la maladie qui consistait essentiellement dans un obstacle au cours des matières par suite d'un rétrécissement de l'intestin. Le caractère carcinomateux du rétrécissement n'a été pour rien dans les symptômes. Chose bien remarquable! le rétrécissement était porté aussi loin que possible, et cependant il n'y avait pas rétention de matières fécales; les noyaux de cerises eux-mêmes n'apportaient pas d'obstacle au cours de ces matières, qu'ils laissaient passer liquéfiées ou morcelées comme à travers un crible. N'est-il pas probable qu'une fois accumulés en certain nombre, les noyaux de cerises sont devenus extrêmement difficiles à expulser, attendu que la contraction de l'intestin avait pour effet de faire glisser ces petits corps les uns sur les autres.

4° Il était curieux de déterminer l'époque à laquelle remontait la présence de ces noyaux de cerises. Datait-elle de la même année ou bien de l'année précédente? Cette question a été parfaitement résolue par le rapporteur de la commission de la Société anatomique, M. Thomson. Il a été démontré que ces noyaux, qui provenaient évidemment de l'espèce de cerises appelées bigarreaux, ne pouvaient pas appartenir à des cerises de l'année : car la malade est morte le 13 juillet, et les fruits de cette espèce ne sont mûrs que vers la fin de juin. L'endocarpe, qui était très lisse, très friable, l'amande, qui était flétrie, appartenaient bien évidemment à des fruits de l'année précédente.

5° La sensation d'emphysème produite par le déplacement des noyaux de cerises est une des illusions les plus complètes que j'aie jamais éprouvées, et cette illusion a été partagée par toutes les personnes qui ont suivi cette malade. Aujourd'hui je ne commettrais pas la même erreur, un fait récent m'ayant appris que l'emphysème peut se reconnaître par le sens de l'ouïe bien mieux encore que par le sens du toucher. Voici ce fait : Ayant pratiqué la ponction du thorax à une vieille femme qui était menacée de suffocation par suite d'un épanchement considérable dans la plèvre gauche, et l'air ayant remplacé le liquide, un emphysème considérable ne tarda pas à se manifester sur tout le côté correspondant du thorax. Comme j'explorais tous les matins la poitrine à l'aide de l'auscultation, la pression de ma tête contre les parties emphysémateuses déterminait un bruit très distinct semblable au froissement du papier : or, il arriva que ce bruit de froissement fut perceptible par l'oreille long-temps après que la sensation du déplacement des bulles gazeuses ne fut plus perceptible par le toucher.

Un mois ou deux après que nous eûmes recueilli l'observation de la rétention des noyaux de cerises, plusieurs des personnes qui avaient été témoins du fait m'annoncèrent qu'il y avait à la Salpêtrière, dans la division des Incurables, un cas tout-à-fait semblable. Je fus curieux de m'assurer de la chose; mais un examen attentif me démontra que la femme en question avait une tumeur enkystée de l'ovaire, et que ce prétendu choc de noyaux de cerises n'était autre chose que le résultat de la rupture de petits kystes, rupture que l'on produisait par une pression très forte. L'autopsie justifia pleinement le diagnostic que j'avais porté.

6° La perforation de l'intestin a été le résultat évident de la présence des noyaux de cerises qui, dans d'autres points, avaient déterminé un certain nombre d'ulcérations, toutes limitées à la membrane muqueuse et à la membrane fibreuse de l'intestin.

7° Toute la portion du gros intestin située en deçà du rétrécissement et conséquemment

toute celle qui répondait aux noyaux de cerises, était remarquable par un grand développement de graisse, laquelle occupait deux couches bien distinctes de tissu cellulaire : 1° le tissu cellulaire sous-muqueux; 2° le tissu cellulaire sous-péritonéal. La graisse sous-muqueuse, qui était très fine, formait une couche uniforme et présentait çà et là de petites masses qui soulevaient la membrane interne de l'intestin. On en trouvait beaucoup au niveau de la valvule iléo-cœcale, qui formait un bourrelet plus considérable que de coutume. Toute la partie du gros intestin qui était au-delà du rétrécissement était dépourvue de graisse. M. Thomson, à qui rien n'a échappé dans l'étude de cette pièce pathologique, a remis à M. Barruel une certaine quantité de ce tissu adipeux qui s'est comporté sous l'action des réactifs, comme la graisse ordinaire.

La présence du tissu adipeux dans la portion du gros intestin intermédiaire à la valvule iléo-cœcale et au rétrécissement me paraît une conséquence de l'inaction à laquelle cette portion d'intestin était condamnée depuis long-temps. Le fait de la présence de la graisse dans un point circonscrit du tissu cellulaire sous-muqueux des intestins est un phénomène fort rare. J'avais vu plusieurs fois de petis lipomes sous-muqueux, je n'avais pas encore eu occasion de rencontrer la graisse déposée en couche uniforme dans une certaine étendue du tissu cellulaire sous-muqueux. M. Andral rapporte, dans son Anatomie pathologique, un seul cas de tumeur adipeuse du volume d'une fève occupant la partie supérieure de l'intestin grèle. La membrane muqueuse qui la recouvrait n'était nullement altérée.

MALADIES DES INTESTINS.

(PLANCHE III, XXX^e^ LIVRAISON.)

Ulcères intestinaux, suite probable d'entérite folliculeuse. — Cicatrices.

Les fig. 1 et 2, pl. III, XXX^e^ livraison, représentent fidèlement les intestins de sujets sur lesquels je n'ai aucun renseignement : fondé sur des faits analogues, je crois pouvoir affirmer qu'elles fournissent des exemples de cicatrisation d'ulcérations intestinales et plus particulièrement d'ulcérations, suite d'entérite folliculeuse aiguë ou chronique.

La fig. 1 présente le dernier pied de l'intestin grèle IG : on y voit les plaques de Peyer indiquées ou plutôt remplacées par une coloration ardoisée; les deux plaques les plus élevées, dont l'une est indiquée par la lettre C, sont remarquables en ce que la couleur ardoisée n'occupe qu'une petite partie de leur étendue.

Sur la portion d'intestin grèle qui avoisine la valvule iléo-cœcale, on voit des pertes de substance C, C, que je considère comme des cicatrices d'ulcérations: on y remarque la forme irrégulière de ces pertes de substance; le défaut de reproduction de la muqueuse au niveau de ces pertes de substance qui présentent un fond noir très foncé; et enfin la couleur noire s'étendant à une certaine distance sous la membrane muqueuse.

Sur la valvule iléo-cœcale se voient des pertes de substance tout-à-fait semblables.

Et enfin, le long du gros intestin, une foule de taches irrégulières d'un noir ardoisé plus ou moins foncé.

La fig. 2, qui appartient à un autre sujet, présente à la fin de l'intestin grèle des cicatrices identiquement semblables à celles de la fig. 1; ces cicatrices devenaient plus rares, à mesure qu'on s'éloignait de la valvule, et disparaissaient entièrement, à dix-huit pouces de cette valvule. Le gros intestin était dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Considérations générales. — L'anatomie pathologique ne se borne pas à étudier les lésions d'organes à une époque donnée de leur développement, elle les suit encore dans leurs diverses phases ou périodes depuis le premier moment de leur apparition, depuis leur *punctum saliens*, si je puis m'exprimer ainsi, jusqu'à leur apogée, et depuis leur apogée jusqu'à leurs diverses terminaisons. Si elle est éminemment utile en faisant connaître celles de ces terminaisons qui tuent, elle ne l'est pas moins, d'une part, en établissant une ligne de démarcation entre les lésions curables et les lésions incurables, et d'une autre part, en approfondissant le mécanisme des terminaisons qui guérissent. A côté de l'anatomie pathologique de *destruction*, qui apprend par quelles innombrables altérations le corps de l'homme est conduit à la mort, existe une anatomie pathologique de *restauration*, qui apprend par quelles nombreuses voies le désordre est réparé.

Les ulcères aigus et chroniques simples de l'intestin grèle et du gros intestin doivent être classés parmi les lésions susceptibles de guérison.

La forme ulcéreuse est une des formes les plus fréquentes de l'entérite folliculeuse aiguë. Elle peut être primitive ou consécutive.

L'ulcère chronique s'observe presque constamment dans la dernière période de la phthisie pulmonaire, et cette coïncidence est si fréquente que, chez les phthisiques, on doit toujours tenir compte de la présence possible des ulcérations intestinales dans les médications dirigées sur le canal de l'intestin alimentaire.

Les ulcères chroniques intestinaux présentent souvent des tubercules sous-péritonéaux et sous-muqueux, et comme un fond tuberculeux; mais ce serait une erreur de dire que tous les ulcères chroniques de l'intestin grèle appartiennent à la classe des maladies tuberculeuses; il ne serait pas plus exact d'affirmer que les ulcères chroniques de l'intestin grèle ne s'observent

jamais que dans le cas de tubercules pulmonaires. J'en ai rencontré dans des cas où il n'existait aucun signe actuel ni aucun vestige de phthisie pulmonaire.

Une question importante est celle-ci : l'ulcération des intestins débute-t-elle toujours par les follicules isolés ou agminés? Oui, sans doute, dans le plus grand nombre des cas; mais des faits positifs me paraissent établir qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que l'ulcération peut envahir primitivement le tissu même de la muqueuse; plusieurs faits m'autorisent à admettre que, dans quelques cas, elle envahit primitivement les villosités elles-mêmes, qui se trouvent alors coupées à pic et comme ébarbées.

Dans les cas où les follicules sont primitivement envahis, tantôt l'ulcération est bornée aux follicules, tantôt elle franchit les limites de la poche folliculaire, et alors non-seulement toute l'étendue de la plaque de Peyer ne constitue qu'un seul et même ulcère, mais encore, la perte de substance, débordant en tous sens les follicules agminés, prend une autre forme, s'étend suivant la circonférence de l'intestin, c'est-à-dire perpendiculairement à son axe, au lieu de s'étendre suivant sa longueur; on voit même quelquefois des ulcères qui occupent toute la circonférence de l'intestin, et présentent une perte de substance plus ou moins régulièrement disposée en zone, d'où la distinction qu'on peut établir entre les ulcères *latéraux* et les ulcères *circonférentiels* ou en zone.

Les deux accidens les plus remarquables auxquels puissent donner lieu les ulcères intestinaux, sont la perforation et le rétrécissement. Un troisième accident, l'hémorrhagie, est beaucoup plus rare.

1° Le *rétrécissement* ne s'observe que dans le cas d'ulcère circonférentiel : lorsque cet ulcère se cicatrise, il en résulte une tendance incessante à la diminution du calibre, puis à l'obturation de l'intestin et alors surviennent tous les accidens de l'étranglement interne.

Ici donc, comme dans les ulcérations circonférentielles du pylore, la cicatrisation est un écueil; tout le temps qu'existe la perte de substance, la vie et même quelquefois la santé se maintiennent, tandis que la cicatrice, en interceptant mécaniquement le passage des matières, devient une cause de mort.

2° La *perforation* du canal intestinal est un des accidens les plus fréquens des ulcères aigus de ce canal. Un individu, affecté d'entérite folliculeuse aiguë, paraît convalescent : il se lève, il prend des alimens lorsque tout-à-coup surviennent les symptômes d'une péritonite suraiguë qui entraîne la mort en quelques heures. Il suffit quelquefois d'un seul ulcère pour amener ce résultat; il suffit que le travail d'ulcération se continue non-seulement sur toute la surface d'un ulcère, mais sur un point de cet ulcère : semblable en cela au cancer, le travail ulcéreux ne respecte rien, et lorsqu'il a détruit la tunique fibreuse des intestins, la tunique musculeuse et même la tunique séreuse ne lui opposent qu'une bien faible digue; car la tunique séreuse, lorsqu'elle est attaquée du dehors en dedans, ou de sa surface externe vers sa surface interne, s'érode beaucoup plus aisément que lorsqu'elle est attaquée de sa surface interne vers sa surface externe. D'après cela, dans l'entérite folliculeuse, on ne saurait prendre trop de précautions pour assurer la cessation de tout travail d'ulcération, lequel peut survivre à la fièvre et se prolonger jusque dans la convalescence. Or, quelle que soit la manière de voir qu'on ait adoptée sur l'entérite folliculeuse, on ne saurait nier que le travail d'ulcération ne soit entretenu par l'inflammation; d'où la nécessité de modérer ce travail local par le traitement antiphlogistique, d'où la crainte de l'exaspérer par un traitement irritant, et nommément par les purgatifs. Il y a de quoi frémir quand on voit dans combien de cas l'ulcération de l'intestin arrive jusqu'à la membrane séreuse, seul support de la cicatrice.

Généralement on n'est pas assez persuadé de cette vérité pratique que j'ai constatée un grand nombre de fois, savoir : que, dans toutes les maladies fébriles, la chute de la fièvre ne coïncide pas avec la guérison de la lésion locale, mais avec la cessation de la marche progressive de la maladie. La fièvre tombée, la résolution commence dans la pneumonie; les ulcères

intestinaux deviennent stationnaires et commencent à se cicatriser dans l'entérite folliculeuse aiguë; mais la moindre cause peut maintenir ou renouveler le mouvem ent fébrile en renouvelant le travail ulcéreux; et surtout la moindre cause peut entretenir le travail local d'érosion dans un ou plusieurs ulcères.

3° L'*hémorrhagie.* — Les vaisseaux de l'intestin n'échappent pas au travail d'ulcération, d'où des hémorrhagies plus ou moins considérables. Toutefois, comme les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des parois intestinales ne sont pas aussi considérables que ceux qui entourent l'estomac, on ne sera pas surpris que la mort par hémorrhagie soit plus rare dans les ulcères aigus ou chroniques de l'intestin, que dans les ulcères aigus ou chroniques de l'estomac.

L'ulcère chronique de l'intestin peut, comme l'ulcère aigu, déterminer la perforation de ce canal et amener un épanchement de matières dans la cavité péritonéale: peut-être cette perforation avec épanchement serait-elle plus fréquente encore, si des adhérences salutaires, en s'établissant entre l'anse intestinale ulcérée et les anses voisines, ne prévenaient l'épanchement et ses conséquences; cependant il arrive souvent que, dans le cas d'adhérences, le travail d'ulcération franchit les limites apportées par ces adhérences, et s'étend de l'anse intestinale malade à l'anse intestinale accolée; alors l'ulcération procède du dehors au dedans pour cette dernière anse, après avoir procédé du dedans au-dehors pour la première; une communication directe s'établit entre ces deux anses, il y a *fistule bi-muqueuse.* Il est bien digne de remarque que l'adhérence morbide établit dans les organes entre lesquels elle a lieu des connexions vasculaires et vitales, telles que les lésions organiques, se propagent de l'une à l'autre avec la même facilité que si, primitivement, ces organes adhérens avaient constitué un seul et même organe. Nous avons déjà plus d'une fois signalé ce fait à l'occasion de la gangrène et du cancer.

Les fistules bi-muqueuses intestinales peuvent devenir un moyen de salut, en prévenant les funestes effets d'un rétrécissement situé entre les deux anses d'intestins qui communiquent. Elles peuvent d'ailleurs s'établir, non-seulement entre deux anses d'intestin grêle, mais encore entre l'intestin grêle et le gros intestin. Un cas fort remarquable de ce dernier genre de communication a été publié par M. J. Cloquet (1): un homme, âgé de 72 ans, à la suite de douleurs sourdes dans le ventre, fut pris d'un dévoiement abondant avec accroissement considérable d'appétit. Il mourut au bout d'un temps assez long, sans que rien eût pu arrêter le flux diarrhéique. A l'ouverture, on trouva que la partie moyenne de l'intestin grêle adhérait à la fin du colon lombaire gauche. Une large perforation établissait une communication entre les deux intestins, en sorte que les alimens pouvaient passer directement du milieu de l'intestin grêle dans la partie inférieure du gros intestin. De même, les alimens ou les matières fécales pouvaient refluer de la fin du gros intestin dans l'intestin grêle et repasser de nouveau dans le gros intestin. M. J. Cloquet fait observer avec beaucoup de raison que, sous quelques rapports, ce malade se trouvait dans la position des individus affectés d'anus contre nature.

Cela posé, étudions le mécanisme de la cicatrisation des ulcères intestinaux.

La *muqueuse détruite ne se répare jamais;* la cicatrice des solutions de continuité avec perte de substance des membranes muqueuses diffère donc essentiellement sous ce rapport des cicatrices des solutions de continuité avec perte de substance de la peau; tandis, en effet, que, dans celles-ci, la peau prête autant que possible, si bien que le tissu nouveau de la cicatrice ne se forme que lorsque la peau circonvoisine a atteint, en quelque sorte, la limite de son extensibilité; dans la cicatrisation des muqueuses, l'extensibilité de ces membranes n'est pas sensiblement mise en jeu, et les dimensions de la cicatrice représentent, en général, assez exactement celles de la perte de subtances. Il y a, toutefois, des exceptions à cet égard : ainsi dans un grand nombre de cas, j'ai rencontré dans l'estomac et dans le gros intestin des points

(1) *Nouveau Journal de Médecine*, tome I.

très denses, desquels partaient des radiations ou froncemens radiés, preuve non équivoque, qu'il y avait eu attraction des parties voisines de la perte de substance. On ne saurait donc révoquer complètement en doute cette attraction; mais ce qu'il y a de certain, c'est que la muqueuse n'y est pour rien.

Une seconde différence non moins remarquable, c'est que la cicatrice cutanée se continue avec la peau, nettement, sans ligne de démarcation autre que celle qui résulte de la différence de tissu; tandis que la cicatrice qui succède aux pertes de substance des membranes muqueuses ne se continue en aucune manière avec le pourtour de l'ulcère muqueux, dont la circonférence forme un bourrelet ou rebord lacinié, frangé, sous lequel se voit d'ordinaire une rigole plus ou moins profonde.

Enfin une troisième différence, c'est que, tandis que la cicatrice cutanée ressemble à beaucoup d'égards au tissu de la peau, la cicatrice des ulcères muqueux n'a aucune analogie avec les membranes muqueuses, et consiste en un tissu fibreux très dense. Cette dernière différence, toutefois, n'est pas à beaucoup près aussi prononcée qu'il le semblerait d'abord, car si on analyse bien une cicatrice cutanée, on verra qu'elle est essentiellement constituée par le derme et l'épiderme, et on y cherche vainement les papilles, le pigmentum, le réseau lymphatique, le réseau vasculaire sanguin, les follicules sébacés et pileux qui font essentiellement partie de la peau, et qui constituent même ses élémens caractériques, spécifiques; or, les papilles, le réseau lymphatique, le réseau vasculaire, les follicules muqueux constituant essentiellement les membranes muqueuses, et étant au maximum de développement dans ces membranes, tandis que le derme y est en quelque sorte rudimentaire, il ne faut pas s'étonner si les cicatrices muqueuses n'ont aucune apparence d'analogie avec les membranes muqueuses, tandis que les cicatrices cutanées semblent représenter la peau dont elles partagent les fonctions protectrices, et jusqu'à un certain point les fonctions tactiles.

Je regarde donc comme une erreur échappée au génie de Hunter et à celui de Dupuytren, l'idée de la formation d'une membrane muqueuse, dans tous les trajets accidentels destinés à porter au-dehors un liquide naturellement ou morbidement sécrété. J'ai examiné avec beaucoup d'attention ces trajets fistuleux anciens, et je n'y ai trouvé qu'un tissu de cicatrice qui ne remplit les fonctions de membrane muqueuse, qu'en ce sens qu'il protège efficacement les parties qu'il revêt contre l'atteinte du liquide avec lequel il est en contact, que sa surface est humide, et qu'il acquiert par la suite la faculté de subsister indépendamment de la cause qui l'a produit.

Tous les ulcères chroniques de l'estomac cicatrisés (voyez les livraisons qui en traitent), et il en est d'extrêmement considérables, m'ont présenté un bourrelet circulaire, établissant une ligne de démarcation tranchée entre la surface muqueuse et la cicatrice; celle-ci, exclusivement formée par du tissu fibreux, ne présentait soit à la loupe, soit à l'œil nu, sous l'eau, à l'exposition d'un fort rayon solaire, aucun vestige de surface muqueuse; la section de cette cicatrice en divers sens ne donnait d'autre résultat que du tissu fibreux.

Un point de vue fort intéressant sous lequel les cicatrices représentées pl. III peuvent être envisagées, c'est celui de la *coloration noire des cicatrices muqueuses*, tandis que les foyers sanguins, déposés dans l'épaisseur de nos tissus, laissent dans ces tissus une coloration orangée, jaune, brune ou un mélange de ces couleurs : les inflammations chroniques, ou plutôt certains modes d'inflammation chronique, l'inflammation ulcéreuse, ont pour résultat la production d'une matière noire ardoisée, qui n'est pas du tout la couleur chocolat, la couleur de suie ou de bistre de la mélanose, ou du méloena.

Cette couleur ardoisée ne s'observe jamais dans les cicatrices cutanées; le seul changement de coloration dont la peau soit susceptible dépend de son pigmentum, qui peut devenir brun et même noir comme chez le nègre, au voisinage d'ulcères anciens. C'est ce qu'on voit souvent à la peau qui avoisine des ulcères chroniques des jambes.

Cette couleur ardoisée est au contraire très commune aux surfaces muqueuses, et partout

où on la rencontre, elle témoigne d'une irritation ancienne guérie. Il n'est pas rare de voir dans les amphithéâtres, des estomacs, des duodénums, des intestins grèles et gros à surface interne ardoisée, plus ou moins foncée.

J'ai rencontré un nombre considérable de fois cette coloration sur la muqueuse intestinale des vieilles femmes de la Salpêtrière. Il aurait été fort curieux de connaître les antécédens qui pouvaient avoir trait à ce changement de couleur: ce qu'il y a de certain, c'est qu'il existait chez des individus qui, quelques jours avant leur mort, jouissaient de la meilleure santé, et dont les fonctions digestives s'exécutaient parfaitement. Le siége de cette couleur ardoisée était souvent dans les papilles qui étaient ou piquetées de noir ou colorées en noir dans toute leur longueur.

Cette même couleur noire ardoisée se voit souvent aux follicules agminés de l'intestin grèle, et occupe les orifices déprimés de ces follicules; on la rencontre non moins souvent au centre ombiliqué des follicules du gros intestin (1); enfin on la rencontre très communément dans les ulcères chroniques, non cicatrisés de l'estomac et des intestins. J'ai cru devoir considérer les cicatrices et taches noires représentées pl. III, comme appartenant à une entérite folliculeuse aiguë; car ces cicatrices et plaques occupaient le siége accoutumé de l'entérite folliculeuse, siége qui n'est pas toujours limité à la fin de l'intestin grèle par la valvule iléo-cœcale, mais qui quelquefois envahit les follicules isolés du gros intestin.

Pendant que j'étais médecin à la Maternité, j'ai eu occasion de voir sur les corps de deux femmes mortes de péritonite puerpérale très aiguë, des cicatrices intestinales avec coloration non ardoisée. Voici la note que j'ai prise dans le temps sur l'une d'elles :

« Intestin grèle parsemé de plaques d'un noir ardoisé; ces plaques n'occupaient que le « tiers inférieur de l'intestin grèle et représentaient exactement pour la forme et pour le siége « les ulcérations de la fin de l'intestin grèle dans l'entérite folliculeuse; plusieurs de ces pla- « ques gaufrées, cicatrisées ne présentaient que quelques débris de follicules. La coloration « noire n'était pas toujours bornée aux plaques, elle s'étendait, dans plusieurs cas, à une cer- « taine distance, en sorte que les taches noires présentaient des formes irrégulières qui « semblaient les éloigner de la forme normale des follicules agminés. Le gros intestin pré- « sentait de petites plaques noires au centre desquels étaient de petits points plus noirs qui « répondaient au pertuis des follicules. »

Voici une autre note relative à une perforation d'intestin au fond d'une ulcération ardoisée:

« Chez un sujet tuberculeux qui mourut de péritonite suraiguë, nous trouvâmes une per- « foration au fond d'une des nombreuses ulcérations que présentait l'intestin grèle. Ces « ulcérations paraissaient dater d'époques bien différentes: il y en avait de petites dont la « surface était pâle; d'autres qui étaient noires et entourées d'un cercle noir; enfin plu- « sieurs de ces ulcérations étaient irrégulières, à bords déchiquetés, dentelés, à surface irré- « gulière; la couleur noire d'ébène s'étendait au loin sous la muqueuse dans le tissu cellu- « laire sous-muqueux : c'était au fond d'un de ces ulcères qu'avait eu lieu la perforation, « la matière noire était infiltrée au loin dans ce tissu, les ganglions lymphatiques correspon- « dans étaient noirs. »

Enfin, j'ai fait représenter en cire et déposé au musée Dupuytren un gros intestin parsemé d'une multitude innombrable d'ulcérations noir ardoisé. Le sujet de cette observation est une vieille femme de 82 ans, qui fut prise de dévoiement simple d'abord, puis de dévoiement dysentérique sanglant, infect, lequel amena assez rapidement la chute des forces, la petitesse du pouls, la couleur violacée et le froid des extrémités.

J'avais cru pendant long-temps que la couleur ardoisée des muqueuses était un phénomène cadavérique, mais j'ai eu depuis bien souvent la conviction du contraire.

La couleur ardoisée s'observe non moins fréquemment dans les membranes séreuses : ainsi

(1) Les follicules du vagin présentent quelquefois la même apparence que les follicules du gros intestin; ils sont ombiliqués et noirs à leur centre. Ce n'est que dans des cas de cette espèce que j'ai pu bien voir les follicules du vagin.

les ulcères chroniques soit du gros intestin, soit de l'intestin grèle, se révèlent du côté de la surface péritonéale par des taches noires ardoisées plus ou moins étendues, taches qui survivent souvent à la phlegmasie intestinale. J'ai rencontré très souvent cette couleur noire ardoisée du péritoine qui présente alors un aspect tigré, dans les péritonites symptomatiques soit d'une affection de l'utérus, soit d'une lésion du foie, de l'estomac. Les taches noires occupent la fausse membrane accolée au péritoine, le péritoine lui-même, et quelquefois le tissu ellulaire sous-péritonéal. Dans quelques cas de péritonit e chronique, le périto ine tout entier présente cette coloration ardoisée foncée.

Cette couleur ardoisée est commune dans les artères, lorsqu'il existe une irritation chronique sur quelques-uns des points de la surface interne de ces vaisseaux : lorsqu'il y a érosion de la membrane interne, sécrétion de matière plâtreuse dans l'épaisseur des parois artérielles, il arrive souvent que le pourtour de l'érosion, que toute l'épaisseur des tuniques artérielles, la membrane celluleuse comprise, contractent une couleur ardoisée foncée qu'on a assez généralement considérée comme une lésion cadavérique.

J'ai rencontré très souvent encore cette couleur ardoisée dans les ganglions lymphatiques, mésentériques et lombaires lesquels sont, presque toujours alors, marbrés de gris et de noir, et présentent une identité presque complète avec les ganglions bronchiques qui, comme on le sait, offrent si souvent cette coloration qu'on est habitué à la considérer comme un état à-peu-près normal.

C'est surtout dans les poumons, comme dans son domaine, que cette couleur noire ardoisée doit être étudiée. Les taches ardoisées, plus ou moins foncées, plus ou moins étendues, que présente la surface des poumons chez le plus grand nombre des sujets avancés en âge, seraient-elles la trace d'une irritation qu'auraient subie les poumons ? L'induction semblerait l'indiquer; mais ces taches sont si fréquentes qu'on ne saurait admettre que, chez tous les individus qui les présentent, le poumon ait été soumis à des causes prolongées d'irritation. Ce que je dis des taches pulmonaires s'applique parfaitement à la coloration ardoisée des ganglions bronchiques; car il est aussi rare de rencontrer chez l'adulte ces ganglions non colorés en noir, qu'il est rare de rencontrer les poumons non tachetés. Dans certains cas, la matière noire ardoisée est si abondante dans l'épaisseur de ces ganglions, qu'elle constitue de véritables foyers.

Indépendamment de ces taches noires qui semblent ne pas dépasser la limite de l'état régulier, le poumon présente très souvent des colorations noires qui sont évidemment le produit de la cicatrisation des solutions de continuité qu'il a subies, et la conséquence de son inflammation chronique; ainsi, on trouve très communément, chez nos vieilles femmes de la Salpêtrière, le sommet du poumon converti en un tissu noir comme du charbon, dense, fragile, desséché et comme racorni, complètement imperméable à l'air, constitué par une matière noire infiltrée dans le parenchyme pulmonaire : cette matière noire est quelquefois ramassée en foyer et mêlée à une matière plâtreuse. D'autres fois, ce sont les parois d'une caverne cicatrisée qui présentent, dans une épaisseur plus ou moins considérable, cette matière noire infiltrée et comme combinée.

Quelquefois une matière plâtreuse, couleur lait de chaux, est renfermée dans un kyste à parois ardoisées ou d'un noir d'encre.

Enfin, dans d'autres cas, ce sont des tubercules noirs qui sont comme le vestige et les cicatrices d'anciens tubercules caséiformes.

L'étude attentive de l'affection tuberculeuse pulmonaire des vieillards m'a permis de constater ce fait : que les *tubercules* sont quelquefois un moyen de *guérison des tubercules;* qu'il existe des tubercules de *cicatrisation*, et ces tubercules sont très durs, gris ou noirs, extrêmement petits, reconnaissables au toucher, plus encore qu'à la vue, et échappant souvent à l'œil au milieu du tissu pulmonaire ardoisé, dans lequel ils sont plongés.

MALADIES DU GROS INTESTIN.

(PLANCHE III, XXXI^e LIVRAISON.)

Entérite par plaques gangréneuses.

Le gros intestin, représenté planche V, appartenait à une femme âgée de 28 ans, domestique, d'une très forte constitution, qui succomba à l'hôpital de la Maternité au moins de juin 1830, le vingt-et-unième jour de ses couches.

Voici les détails de cette observation. Lorsque je pris le service de la Maternité, le 2 juin 1830, en remplacement de l'excellent Desormeaux, je trouvai dans les salles cette malade, accouchée douze jours auparavant, qui me parut dans l'état le plus grave : elle était exsangue, la face d'un jaune paille, se plaignant d'une douleur atroce à la région lombaire, sans aucune douleur à l'abdomen. Depuis la nuit précédente, elle souffrait des cuisses, où je reconnus un érysipèle sans rougeur, que révélait une couleur légèrement rosacée avec élevure de la peau. Cet érysipèle ne pouvait en quelque sorte se reconnaître qu'à ses limites, à l'aide d'un liseret irrégulier, offrant une légère teinte rosacée. La malade avait en outre un dévoiement léger. Soif vive, petitesse et fréquence extrême du pouls. Voici d'ailleurs les commémoratifs :

Accouchement naturel à terme, le 18 mai 1830 (la malade n'était entrée à l'hôpital que la veille). Tranchées utérines avec douleurs hypogastriques, pour lesquelles on appliqua pendant six jours cent soixante-dix sangsues sans soulagement notable. — Pas de sécrétion lactée.

Le sixième jour, dévoiement, grande prostration des forces, soif vive.

Le huitième jour, frisson de deux heures qui fut suivi d'une sueur abondante et d'une douleur vive aux fosses iliaques, douleur qui parut indiquer l'emploi de deux onces d'onguent napolitain dans la journée.

Le neuvième jour, fièvre aiguë, douleur épigastrique diminuée. — Épreintes avec peu de résultats.

Le onzième jour, bain de siège, dans lequel la malade se trouve mal. — Frictions avec onguent mercuriel, deux onces. — Épreintes, diarrhée.

Le douzième jour, continuation des frictions avec onguent napolitain, deux onces; douze sangsues.

C'est le treizième jour que je vis la malade, qui me demanda à manger avec une insistance qui contrastait avec l'état général, insistance qui est d'ailleurs commune à toutes les maladies des femmes en couche, même les plus graves; il en est qui demandent des alimens quelques heures avant leur mort. Je me contentai de cataplasmes émolliens sur les lombes, d'un liniment laudanisé sur l'abdomen, d'un lavement avec décoction de guimauve et de têtes de pavots, et de boissons adoucissantes.

Le quatorzième jour, l'érysipèle s'étend. Le quinzième, voyant, d'une part, cet érysipèle marcher avec une grande rapidité, à la manière des érysipèles erratiques; voyant d'une autre part l'état de prostration excessive de la malade, et ne donnant peut-être pas une attention assez grande à la diarrhée, je prescrivis une potion gommeuse avec sulfate de quinine, six grains.

Les seizième, dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième jours, même prescription. L'érysipèle, qui s'étend toujours, peut à peine être reconnu, ou plutôt il ne l'est que par le liseret indiqué et par la douleur que cause le plus léger contact. La diarrhée est continuelle et involontaire. Je remplaçai le sulfate de quinine par la décoction de quinquina ; je combattis directement le dévoiement par la thériaque et les quarts de lavement d'amidon et de laudanum. — Assoupissement, vague dans les idées, voix presque éteinte. La malade succombe le 9 juin, vingt-et-unième jour des couches.

Ouverture. — Rien sous l'érysipèle. — Utérus : à sa face interne, et sur la portion qui répondait au placenta, se voient des saillies mamelonnées formées par des pinceaux vasculaires remplis de concrétions sanguines adhérentes.

La section de l'utérus montre du pus dans quelques vaisseaux : je crus alors que c'était une phlébite.

Canal intestinal. — Estomac, intestin grêle parfaitement sains. Le gros intestin, au contraire, est le siège d'une lésion extrêmement grave, d'une forme assez peu commune, ce qui m'a décidé à la faire représenter.

Cette altération consiste dans des plaques gangréneuses ou eschares proéminentes, formées par la membrane muqueuse gangrénée, et entremêlées de produits de sécrétion solidifiés : c'étaient de véritables bourbillons dont le détachement n'aurait pas tardé à s'effectuer si la malade avait vécu. Le mot dothinen-

thérite de M. Bretonneau serait exactement applicable à cette forme d'entérite, à laquelle le gros intestin est exposé tout aussi bien que l'intestin grêle.

Cette altération commence à la partie inférieure du colon ascendant, et va en augmentant à mesure qu'on s'approche de l'anus. La portion la plus altérée est la partie supérieure du rectum, dont toute la circonférence est couverte d'eschares disposées en long, qui se touchent en empiétant les unes sur les autres. J'ai été frappé de la disposition en sillon de certaines pertes de substance marquées SU, SU, qu'on voit à la partie inférieure du rectum et au niveau de l'arc du colon : on dirait que quelques gouttes d'acide, versées sur la muqueuse, y ont marqué leur passage par un sillon profond : dans toute la longueur du gros intestin se voyait une sorte de froncement autour des plaques escarifiées.

Du reste, je ferai remarquer l'intégrité parfaite de la membrane muqueuse dans l'intervalle des eschares, et l'augmentation notable d'épaisseur de ce même intestin au niveau de ces eschares ; les follicules ne sont nullement développés.

Réflexions. La présence du pus dans les vaisseaux utérins, l'entérite avec eschare, l'érysipèle erratique, voilà les trois circonstances les plus saillantes de cette observation. Y a-t-il quelque rapport de cause à effet entre ces trois phénomènes? Y a-t-il simplement rapport de coïncidence? Cette question est bien difficile à résoudre dans l'état actuel de la science.

J'ai cru que le pus était contenu dans les veines utérines. Il ne me vint pas même à l'idée que le pus pouvait être contenu dans les vaisseaux lymphatiques; mais quelques mois de séjour à la Maternité ne tardèrent pas à me démontrer que, dans les péritonites puerpérales, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques est infiniment plus fréquente que la présence du pus dans les veines, et je suis convaincu que, dans le cas actuel, c'était bien dans les vaisseaux lymphatiques qu'il était contenu. Du reste, je ne suis pas moins convaincu que la présence de ce pus dans les vaisseaux lymphatiques ne peut pas être considérée comme cause de mort. Un grand nombre de faits m'autorisent à considérer le pus comme inoffensif, lorsqu'il est circonscrit de toutes parts dans les vaisseaux, comme il le serait dans un foyer purulent ordinaire. La résorption s'en effectue graduellement: il devient de plus en plus solide et finit par disparaître entièrement.

L'érysipèle n'a joué ici qu'un rôle accessoire; mais seul, il constitue quelquefois une très grave maladie chez les femmes en couches. J'ai assez de faits pour être en mesure de tracer la description générale de l'*érysipèle puerpéral.* Cette description trouvera sa place ailleurs. Je dirai seulement ici que cet érysipèle affecte très souvent la forme erratique, qu'il envahit successivement toutes les parties du corps; qu'il est d'autant plus redoutable, que les malades ont été plus affaiblies, soit par des hémorrhagies abondantes, soit par des évacuations sanguines artificielles; que, chez les malades exsangues, la rougeur érysipélateuse manque, que l'érysipèle se manifeste alors par un liseret rosacé, la douleur et une légère tuméfaction œdémateuse; que le véritable remède dans cette maladie, ce sont des fomentations avec la décoction de quinquina, animée d'un peu d'eau-de-vie camphré et le quinquina à l'intérieur. La préparation à laquelle je donne la préférence est l'extrait gommo-résineux de quinquina à la dose d'un gros dans une potion de six onces. J'ai vu des malades présentant des érysipèles erratiques, sous forme typhoïde, avec fuliginosité, prostration extrême, stupeur, sur lesquelles cette médicationa exercé une influence aussi prompte que salutaire. Cette méthode de traitement, je ne l'applique pas seulement à l'érysipèle puerpéral, mais à tous les érysipèles erratiques avec prostration, et c'est un point de pratique bien arrêté pour moi. Les vésicatoires au centre de l'érysipèle, suivant la méthode de Dupuytren, n'ont pas produit l'effet que j'en espérais. Aucun érysipèle n'a été limité par cette application.

La forme d'entérite représentée pl. 3, mérite encore de fixer l'attention. Tous les points envahis par l'inflammation ont été convertis en eschare. Cette entérite est postérieure à l'accouchement. Le traitement antiphlogistique si énergique qui a été dirigé contre la crainte de la péritonite n'a rien fait sur cette inflammation; c'est qu'il y a autre chose que de l'inflammation dans toutes ces maladies puerpérales. Ici, comme dans un très grand nombre de cas, l'inflam-

mation n'est qu'un effet: nos moyens antiphlogistiques n'agissent que sur l'effet: c'est la cause qu'il faudrait atteindre; car, tant que cette cause subsistera, l'inflammation ira toujours croissant, se renouvelant; souvent même le traitement antiphlogistique donnera une nouvelle intensité à cette cause, en diminuant la force de résistance de l'économie. Le traitement antiphlogistique n'est vraiment efficace dans les phlegmasies que dans les cas où la cause morbide s'est épuisée, pour ainsi dire, dans la production de cette phlegmasie: il est nuisible quand cette cause morbide n'est pas épuisée. Ainsi, dans cette forme de pneumonie, que j'ai cru devoir désigner sous le nom de *Pneumonie envahissante*, l'inflammation, bien loin de rester circonscrite dans le point primitivement affecté, s'étend progressivement de proche en proche: les saignées répétées exercent bien leur influence salutaire accoutumée sur la première éruption phlegmasique, si je puis m'exprimer ainsi; mais elles sont impuissantes contre les envahissemens successifs qui ont lieu et semblent même accélérer la terminaison fatale. Aucune maladie ne désenchante plus des saignées répétées à outrance que les maladies puerpérales. A l'apparition de la première épidémie de péritonite puerpérale que j'aie eu occasion d'observer à la Maternité, dans l'hiver de 1830 à 1831, péritonite que je qualifiai du nom de *Typhus puerpéral* (1), je crus d'abord que l'insuccès du traitement dépendait et du défaut d'opportunité et du défaut d'énergie dans l'emploi des évacuations sanguines, et voici comment j'organisai le service: je faisais deux visites par jour, et, craignant encore que quelques heures de retard dans le traitement n'eussent un résultat funeste, j'avais donné l'ordre de faire une première saignée immédiatement après la réaction qui suit le frisson. La saignée générale devait être répétée de trois en trois heures, en même temps que des sangsues étaient appliquées en permanence sur l'abdomen; mais tout fut inutile, et ce qui acheva de me dégoûter des saignées immodérées dans le typhus puerpéral, ce fut cette considération, que les péritonites les plus graves, les plus rapidement mortelles, étaient celles qui survenaient chez les femmes épuisées par des hémorrhagies abondantes.

Bien qu'en médecine, je n'ajoute pas la même importance aux nombres que les médecins statisticiens, parce que je ne pense pas que les faits médicaux puissent être représentés par des chiffres et réduits à un dénominateur commun (2); cependant je crois qu'on peut appliquer avec succès le calcul aux points comparables des faits, à chacun des nombreux élémens qui les constituent, et déterminer la fréquence relative de telles ou telles circonstances de ce fait. Ainsi, par exemple, la logique la plus sévère ne peut qu'applaudir à la détermination des proportions qui existent sous le rapport de la fréquence entre les diverses lésions, auxquelles est exposé tel ou tel organe. Il serait extrêmement curieux et par suite important d'établir, sous ce rapport, une sorte de hiérarchie entre les divers organes de l'économie. On y verrait que tel organe, qui est, au plus haut degré de l'échelle, sous le point de vue de telle lésion, serait au dernier sous le point de vue de telle autre, et ces données, si elles étaient recueillies sur un assez grand nombre de faits, pour mériter toute créance, pourraient jeter de grandes lumières sur la structure, sur les usages des organes et sur le diagnostic de leurs maladies.

(1) Voyez XIII[e] livraison, et *Journal universel hebdomaire de médecine*, 1831, t. IV, p. 217 et suiv.

(2) On consultera sur cette importante question le *Mémoire sur le calcul des probabilités appliquées à la médecine*, présenté à l'Académie royale de médecine, par M. Risueno d'Amador, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, ainsi que la discussion solennelle à laquelle ce mémoire a donné lieu (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1836, t. 1[er], p. 642).

MALADIES DES INTESTINS.

(PLANCHES II, III ET IV, XXXVIII[e] LIVRAISON.)

PLANCHE II. — *Entérite folliculeuse.*

Voici l'histoire abrégée du malade qui m'a fourni le sujet de la figure 1, planche 2. (1)

Chenot, 25 ans, charron, d'une très forte constitution, entre à la maison royale de santé le 28 avril 1830. A ma visite du 29, je le trouve avec le délire le plus violent; la face est très injectée et couverte de sueur : il s'agite violemment dans la camisole de force qu'on a été obligé de lui mettre pendant la nuit : vociférations; sa salive est visqueuse; il se croit assassin de tous les rois, et dit qu'on veut le tuer pour le punir d'un aussi grand crime. Pour commémoratifs, je recueille qu'il était malade depuis plusieurs jours et qu'il était parfaitement tranquille lorsqu'on l'a conduit à l'hôpital. Instruit par l'expérience de cas analogues, je diagnostiquai sans hésiter une *entérite folliculeuse pustuleuse* (forme ataxique).

Je prescrivis 20 sangsues aux jugulaires, un lavement laxatif, des synapismes aux pieds.

J'étais bien loin de m'attendre à une mort aussi prochaine. Elle eut lieu pendant la nuit après des vociférations et une agitation difficiles à décrire.

A l'ouverture, je trouvai (Planche 2, fig. 1) les ganglions lymphatiques qui avoisinent l'angle iléo-cœcal et ceux qui longent l'intestin grêle très volumineux, d'une couleur rouge lie-de-vin, ramollis et pénétrés d'un pus de même couleur : le tiers inférieur de l'intestin grêle présentait à sa surface cette injection vasculaire qui dénote ordinairement une phlegmasie très intense de la membrane muqueuse, et qui a beaucoup d'analogie avec l'injection sous-péritonéale qu'on rencontre dans la péritonite. Toutes les plaques agminées de Peyer étaient transformées en pustules proéminentes, molles et comme fongueuses, d'une couleur rosée, sans injection vasculaire sensible, sans ulcération. Entre ces plaques pustuleuses de forme et d'étendue si diverses, se voyaient des granulations ou pustules plus petites, très saillantes, bien évidemment formées aux dépens des follicules isolés de Brunner.... Dans le gros intestin, se voit une multitude d'ulcérations ou d'érosions dont chacune correspond à un follicule. Vaisseaux des méninges injectés.

Réflexions. Ce fait est parfaitement confirmatif des considérations dans lesquelles je suis entré (VII[e] livraison, où je l'ai mentionné pag. 7), à l'occasion de l'entérite folliculeuse sous forme pustuleuse. Constamment, à cette forme anatomique de phlegmasie correspondent des symptômes cérébraux sous forme délirante, qui emportent le malade en quelques jours : et, bien qu'il soit difficile d'établir positivement, vu les idiosyncrasies et les complications, que l'intensité du délire soit en rapport exact et proportionnel avec l'intensité et l'étendue de la phlegmasie; cependant il est vrai de dire que les entérites folliculeuses sous forme délirante les plus intenses et le plus rapidement mortelles, sont celles dans lesquelles les follicules agminés et isolés sont plus violemment et plus généralement envahis.

Je dois dire également que cette forme primitivement ataxique de l'entérite folliculeuse est très rarement précédée de prodromes, qu'elle se déclare brusquement et sans symptômes précurseurs, qui puissent faire admettre une infection primitive du sang, dont l'inflammation folliculeuse des intestins ne serait que l'expression.

Cette forme ataxique de l'entérite folliculeuse primitive est très souvent prise pour une arachnitis aiguë, et je dois dire que dans les commencemens de ma pratique, j'ai souvent commis cette erreur; plus tard je portai un diagnostic douteux, et il me semble qu'aujourd'hui je me trompe rarement à cet égard : ce n'est pas qu'il y ait des caractères différentiels bien tranchés entre le délire idiopathique de certaines arachnitis de la convexité du cerveau et le délire symptomatique de l'entérite folliculeuse; mais il y a dans la marche de la maladie, dans son mode d'invasion, dans l'ensemble des symptômes, quelque chose de spécial que je chercherais vainement à transmettre par la parole, mais qui entraîne la conviction du praticien habitué à observer ce genre de maladie.

Relativement à l'infection du sang dans l'entérite folliculeuse aiguë, la dénomination de *fièvre typhoïde,* qui a pris faveur depuis quelques années, semble avoir été suggérée par l'idée de cette infection. Mais où sont les preuves positives? Quant à moi, j'admets rationnellement

(1) Rapprocher cette planche de la planche 2, VII[e] livraison.

l'infection du sang dans toutes les maladies fébriles, dans le rhumatisme, dans la pleurésie, dans la pneumonie fébriles comme dans la scarlatine, dans la rougeole et dans la variole; je l'admets, parce qu'il ne peut pas en être autrement, car c'est par le sang et sur le sang qu'agissent nécessairement toutes les causes morbides, et ma théorie sur le siège immédiat de l'inflammation dans le système capillaire veineux est parfaitement en rapport avec ces idées; car, si le système capillaire veineux s'enflamme, ce ne peut être qu'en conséquence des qualités irritantes du sang qui circule et qui stagne dans cet ordre de vaisseaux.

La figure 2, planche II, représente une fin d'intestin grêle qui offre une disposition remarquable : point de follicules agminés, mais multitude de petites granulations piquetées de noir à leur centre. Cet état ne peut pas être normal, il est probablement le résultat d'une phlegmasie ulcéreuse des follicules, et les points noirs sont la trace de la cicatrice. Cette disposition de la fin de l'intestin grêle serait d'ailleurs impossible à concevoir, si l'on ne savait que les follicules agminés de Peyer n'ont rien de constant, rien de régulier, et que, dans quelques cas, les plaques parfois si considérables, qui occupent la fin de l'intestin grêle, sont remplacées par des follicules isolés, disséminés sur une surface plus ou moins grande.

La figure 3, planche II, est la fin de l'intestin grêle d'un enfant de sept à huit ans, sur lequel je n'ai aucun renseignement. Les follicules, remarquables par leur grand développement, se présentent sous la forme de granulations sphéroïdales sans pertuis. On sait que l'absence de pertuis visible à l'œil nu, est le caractère des follicules isolés de l'intestin grêle, en opposition avec les follicules du gros intestin, qui sont perforés et comme ombiliqués à leur centre.

PLANCHE III. — *Entérites pseudo-membraneuses.*

Les figures 1 et 2, planche 3, représentent deux cas d'inflammation pseudo-membraneuse de la muqueuse intestinale. Cette membrane est d'un rouge foncé, et la rougeur tient moins encore à l'injection de ses capillaires qu'à une sorte d'infiltration ou d'imbibition sanguine de son tissu.

La surface libre de la membrane muqueuse est couverte d'une couche pseudo-membraneuse morcelée, blanchâtre dans la figure 2, qui représente le rectum et la partie voisine de l'S iliaque; vert sale dans la figure 1, qui représente la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin.

L'inflammation pseudo-membraneuse des membranes muqueuses présente tantôt un produit pseudo-membraneux tubulé, tantôt un produit non tubulé, morcelé, qui a pu être pris quelquefois pour des plaques gangréneuses. J'ai donné des soins à une jeune femme qui fut prise, au terme de sa grossesse, de coliques extrêmement intenses, avec besoin continuel d'aller à la selle. Le pouls était déprimé, la face décomposée. Le troisième jour de ces accidens, elle rendit avec un très grand soulagement un tube pseudo-membraneux parfaitement régulier, d'un pied de long. L'inflammation pseudo-membraneuse du gros intestin est une variété de la dysenterie. L'inflammation pseudo-membraneuse de l'intestin grêle m'a offert, dans le cas représenté fig. 1, tous les symptômes de l'entérite folliculeuse, et c'est à des cas de ce genre que j'ai fait allusion, lorsque, dans un article sur l'entérite folliculeuse primitive aiguë (VII[e] livraison), j'ai admis l'entérite pseudo-membraneuse comme une des formes anatomiques de la maladie connue de nos jours sous le titre de *fièvre typhoïde:* du reste, cette entérite pseudo-membraneuse peut coïncider ou ne pas coïncider avec l'inflammation des follicules.

J'ai noté cette coïncidence dans le cas suivant, dont je ne puis présenter que la description anatomique, n'ayant aucune espèce de renseignemens sur le sujet de cette observation.

Sur le corps d'un enfant de cinq à six ans, mort d'une maladie qui paraissait avoir été très aiguë, j'ai trouvé que la partie inférieure de l'intestin grêle présentait, au voisinage de la valvule iléo-cœcale, une sorte de corrugation, d'où résultaient des plis formés seulement aux dépens de la membrane muqueuse, plis ondulés à la manière des circonvolutions : tous ces plis étaient couverts d'une fausse membrane très adhérente, morcelée, déchiquetée, colorée en jaune, couleur qui tenait évidemment à la bile. La valvule iléo-cœcale elle-même était tuméfiée, comme boursouflée, et se présentait du côté du gros intestin sous l'aspect d'un bourrelet proéminent. Indépendamment de cette couche pseudo-membraneuse, les plaques agminées étaient saillantes, à surface rugueuse, inégale, comme corrodée, recouverte de débris de fausse membrane; les follicules isolés étaient également très développés et présentaient une ouverture béante.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, l'entérite pseudo-membraneuse existe indépendamment de l'entérite folliculeuse: tel est le cas suivant, qui a fourni le sujet de la fig. 1, pl. 3.

Un jardinier, âgé de 40 ans, est apporté à la maison royale de santé, le 1[er] avril 1830, dans un délire

tellement violent, qu'on est obligé de le fixer avec la camisole de force, et que, dans son impuissance de nuire, il crache au visage des personnes qui l'approchent.

Ce délire est calmé comme par enchantement par l'opium à la dose d'un grain d'abord, puis de plusieurs grains; la fièvre tombe. Le malade paraît bien, très bien et je le crois hors de danger. Le huitième jour de cet état apyrétique, une parotide se développe à gauche; elle est excessivement douloureuse. L'état adynamique si bien décrit par Pinel, se manifeste à son plus haut degré. Lenteur et faiblesse du pouls, aucune douleur dans l'abdomen qui est déprimé; point de selles; il semble qu'il n'y ait qu'une indication à remplir, celle de fortifier le malade pour le soustraire à une mort imminente par adynamie. Je prescris une potion avec le sulfate de quinine, à la dose de dix grains, et de la limonade vineuse pour boisson. La parotide continue à se développer. Mort dans la prostration la plus complète qu'il soit possible de voir.

Ouverture du cadavre. Le foie descendait au-devant du colon ascendant, entraîné par la vésicule du fiel prodigieusement distendue, qui recouvrait le colon ascendant dans toute sa hauteur et dont le fond atteignait le cœcum. L'S iliaque du gros intestin très distendue remplissait l'excavation du bassin.

En ouvrant le canal alimentaire, je trouve fig. 1, pl. 3, que la fin de l'intestin grêle, le cœcum et le colon ascendant sont le siège d'une inflammation extrêmement intense, caractérisée par une coloration rouge-foncé de la muqueuse et par une couenne ou pseudo-membrane gris-verdâtre, morcelée, adhérente à la muqueuse, et présentant çà et là des prolongemens laciniés flottant dans l'intestin et près de se détacher.

L'inflammation n'avait point ici respecté la valvule iléo-cœcale, puisque l'inflammation occupait à-la-fois l'intestin grêle et le gros intestin. Elle semblait partir de ce point comme d'un centre et allait en s'affaiblissant. Les follicules agminés et isolés étaient parfaitement sains. Les ganglions lymphatiques correspondans n'avaient pas sensiblement augmenté de volume.

Quelle singularité de marche! Etat ataxique des plus violens; amélioration manifeste et durable pendant huit jours; puis parotide, et, avec elle, prostration excessive sans aucun signe de réaction générale. La vie semble échapper par défaut de forces: des toniques, des stimulans sont administrés, et l'autopsie révèle une énorme phlegmasie.

A la vue de semblables faits, on comprend la verve chaleureuse de Broussais, lorsqu'il tonnait de sa puissante voix contre la prétendue adynamie de Pinel et contre la médication tonique et stimulante qui *incendiait* les malades.

La fig. 2 représente la fin du gros intestin appartenant à un individu mort avec tous les symptômes de la dysenterie aiguë; on y voit la corrugation de l'intestin ou plutôt de la muqueuse qui forme des plis peu réguliers, et qui est incomplètement recouverte par une pseudo-membrane blanche, morcelée, très adhérente; il y a rougeur vive de cette muqueuse, infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux.

Une bonne anatomie pathologique de la dysenterie est encore à faire. Dans la dysenterie, qui consiste essentiellement dans l'inflammation érythémateuse du gros intestin, et plus spécialement du rectum, les follicules intestinaux sont tout-à-fait hors de cause. Le système capillaire de la muqueuse est évidemment le siège de l'inflammation, et les altérations variées que l'on rencontre dépendent des différences dans l'intensité ou le degré bien plutôt que dans la nature de la phlegmasie.

Il faut d'ailleurs bien distinguer l'aspect rugueux et inégal que donne à la muqueuse la présence de fragmens pseudo-membraneux adhérens, des érosions superficielles de cette membrane. Voici un fait que j'ai recueilli, en juillet 1822, à l'hôpital de Limoges.

Un paysan athlétique entre à l'hôpital dans l'état suivant : Douleur très vive à l'épigastre, abdomen affaissé, selles continuelles et involontaires; point de vomissemens. Il mourut au bout de deux jours avec sa parfaite connaissance. Sa maladie datait de dix à douze jours.

A l'extérieur, le gros intestin, de même que l'intestin grêle, ne présentait aucun indice de lésion. Examiné à sa surface interne, l'intestin grêle était sain; il contenait une grande quantité de mucosité verdâtre.

La surface interne du gros intestin a présenté, au contraire, toutes les traces d'une inflammation violente : une couche de matière mucoso-purulente la tapissait; couleur rosée; épaississement et corrosion inégale de la membrane interne; le désordre était limité à cette membrane. Un filet d'eau projeté sur la surface libre de la muqueuse met en évidence ses débris laciniés sous l'aspect de végétations.

Tous les viscères abdominaux et pectoraux sont parfaitement sains. L'estomac présente un développement notable des follicules muqueux au voisinage du pylore, et deux petites végétations polypeuses du volume d'un pois, et dont le tissu paraît sain.

Toutes les fois que dans les altérations de la muqueuse du canal digestif, la membrane fibreuse des intestins a été respectée, les lésions de la muqueuse ne se manifestent pas à

l'extérieur; mais, une fois que cette barrière a été franchie, le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine lui-même se laissent envahir avec la plus grande facilité.

C'était à l'épigastre que se rapportait la douleur. J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de faire remarquer que les douleurs du gros intestin se manifestaient souvent par une douleur épigastrique : l'épigastre est le centre commun de toutes les impressions et douleurs abdominales. Les follicules sont complètement étrangers à la dysenterie.

Planche IV. — *Choléra, hémorrhagies intestinales, etc.*

La figure 1 représente la fin de l'intestin grêle d'un individu mort du choléra, pendant la période de réaction, le 21 décembre 1832. Cette anse intestinale, notablement épaissie, présentait à sa surface externe une injection vasculaire tout-à-fait semblable à celle qui a lieu dans la péritonite, c'est-à-dire du pointillé rouge disposé linéairement aux limites des points de contact des circonvolutions intestinales.

L'épaisseur insolite de l'intestin tenait uniquement à la muqueuse et au tissu cellulaire sous-muqueux, qui était notablement infiltré. Les autres tuniques ne faisaient pas le quart de l'épaisseur totale.

Surface interne. Plaques de pointillé rouge foncé extrêmement rapprochées, comme dans les phlegmasies les plus aiguës; en outre, couleur vert foncé de la muqueuse : cette coloration, qui est disposée par zones plus ou moins considérables, n'est pas superficielle, mais occupe toute l'épaisseur de la membrane; cet état me paraît être de la gangrène, bien que le tissu coloré ait conservé une grande densité.

J'ai fait représenter cette anse intestinale, que je dois à l'obligeance du docteur Ripault, moins dans le but de fournir un nouvel exemple des altérations laissées dans l'intestin grêle par le choléra (1), que pour éclairer le fait de la coloration vert-foncé de la muqueuse. Cette coloration est bien évidemment produite par la bile, dont la matière colorante s'est en quelque sorte chimiquement combinée avec le tissu. Cette imbibition suppose la mort : elle est incompatible avec la vie. Ainsi, pendant la vie, les fausses membranes, sécrétées à la surface interne de la muqueuse intestinale, les mucosités qui la revêtent peuvent donner à cette surface interne une couleur jaunâtre et verdâtre; mais ce n'est point la muqueuse elle-même qui est teinte : ce sont ses produits. La muqueuse ne peut se teindre qu'après la mort. L'imbibition, propriété toute physique, ne peut s'exercer qu'après la mort locale ou la mort générale. C'est ainsi que, sur le cadavre, la bile s'imbibe à travers les parois de la poche biliaire, pour colorer les parties contiguës, puis se mêler à la sérosité péritonéale; mais, pendant la vie, admettre une semblable transsudation, ce serait une absurdité. Les lois physiques jouent un assez grand rôle dans l'économie, pour n'en pas faire une application illimitée. Ce n'est pas résoudre une question de vitalité que d'y faire intervenir une loi physique. Les faits de vitalité sont aussi certains, aussi facile à observer que les faits physiques ou chimiques; mais ils sont essentiellement distincts de ces derniers.

De ce que la muqueuse était pénétrée de la matière colorante de la bile dans toute son épaisseur, j'en conclus qu'elle était gangrénée, bien qu'elle fût encore résistante et qu'elle n'offrît en aucune façon l'odeur gangréneuse.

La figure 2 représente la fin de l'intestin grêle d'un jeune enfant mort de je ne sais quelle maladie. Il y avait du sang dans la cavité intestinale; le sang pénètre toute l'épaisseur de l'intestin. Les follicules agminés sont eux-mêmes pénétrés de sang. Cette altération, qui était indépendante de toute affection des organes de la circulation, doit être placée à côté des fluxions hémorrhagiques, des apoplexies.

Il en est de même de la figure 4, qui représente un échantillon d'une altération qui occupait la plus grande partie de l'intestin grêle : cet intestin était rempli de sang. La couleur noire de cet intestin et son épaisseur sont dues à du sang infiltré entre ses membranes, et surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

La figure 3 est une portion d'intestin grêle qui appartient à un individu mort de la petite-vérole, à l'hôpital Cochin, en septembre 1834. Cette espèce de *purpura hemorrhagicum* est assez fréquente dans les petites-véroles graves, et dans quelques cas je l'ai vue occuper toute la longueur du canal alimentaire, estomac, intestins grêle et gros. Il doit être mis à côté du *purpura hemorrhagicum* de la peau qu'on observe si souvent en pareille occurrence. L'hémorrhagie capillaire et l'inflammation proprement dite se tiennent par une foule de points, se combinent souvent, mais ne se confondent jamais complètement.

(1) Voyez la XIV[e] livraison.

MALADIES DES INTESTINS.

DYSENTERIE.

(PLANCHE V, XL^e LIVRAISON.)

La planche v, xl^e livraison, fournit un exemple remarquable des lésions que laissent après elles les dysenteries aiguës les plus graves. Je dois ce fait à l'obligeance et au zèle de M. le docteur Cambay, médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Première observation. Un soldat de 22 ans, travaillant aux fortifications de Paris, qui entra à l'hôpital du Gros-Caillou le 21 septembre 1841, sixième jour de l'invasion, et qui succomba le 29. Voici quels symptômes il présenta : selles continuelles, involontaires, sanglantes, horriblement fétides; le sang est mêlé de quelques mucosités; pouls petit, peu fréquent; point de hoquets. Le traitement consista dans une saignée générale le jour de l'entrée; vingt sangsues le lendemain; le troisième jour, ventouses scarifiées sur l'abdomen. Eau de riz gommée, deux centigrammes d'opium en potion, bouillon.

Le cinquième jour, à la suite de quinze selles à peine sanguinolentes, mieux notable, qui paraît se maintenir jusqu'au dernier moment. La mort, qui eut lieu le huitième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, fut tout-à-fait imprévue.

Ouverture du corps. Le gros intestin (planche v) avait subi dans la presque totalité de son étendue, une sorte d'épaississement et de corrugation, qui lui donnait la consistance d'un gésier de dindon. Il paraissait plein et comme tendu, et cependant il ne contenait aucun liquide. Sa surface interne présentait un aspect gangréneux ; et, en effet, c'était une véritable gangrène; la membrane muqueuse était transformée en une couche noirâtre, épaisse, adhérente, gangréneuse : on eût dit que sa destruction était le résultat de l'action de l'acide sulfurique. La surface interne de l'intestin épaissi présentait, par suite de la corrugation, un aspect mamelonné. L'altération était limitée à la membrane interne : la tunique fibreuse sous-jacente, très épaisse, avait borné la gangrène; la tunique musculeuse était hypertrophiée. Le cœcum et l'appendice vermiculaire AC avaient été respectés par l'inflammation : il n'en était pas de même de l'intestin grêle, qui, dans les deux ou trois derniers pieds de sa longueur, présentait des traces non équivoques d'inflammation aiguë, tels que rougeur, plissement de la muqueuse à la manière des valvules conniventes : une couche pseudo-membraneuse, morcelée, recouvrait les villosités. Le siège principal de l'altération de l'intestin grêle était le voisinage de la valvule iléo-cœcale VIC.

La dysenterie a régné avec des degrés d'intensité divers à l'hôpital du Gros-Caillou, depuis le mois de septembre jusqu'au mois d'octobre 1841. D'après la note que m'a remise M. Cambay, les malades qui étaient le plus gravement affectés venaient de la caserne du Gros-Caillou, où les eaux sont, dit-on, très mauvaises. M. Cambay n'a perdu que trois malades pendant le cours de cette épidémie, et il a eu l'extrême obligeance de m'envoyer les intestins en même temps que les observations de ces trois sujets : sur les malades guéris ou convalescens, il y en a eu deux dont l'état paraissait aussi grave que celui des malades qui ont succombé, mais ces deux hommes sont restés languissans, et il est bien à craindre que leur convalescence ne soit qu'apparente, et que la dysenterie passée à l'état chronique ne laisse des traces ineffaçables(1). Voici le résumé des deux observations suivies d'autopsies, qui m'ont été adressées : ces observations compléteront l'observation précédente, avec laquelle elles présentent des rapports si intimes.

Deuxième observation. Rouant, soldat au dix-neuvième régiment d'infanterie de ligne, entre, le 3 septembre 1841, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; il était malade depuis quatre jours. A son entrée, le chirurgien de garde lui fait appliquer quarante sangsues à l'anus et prescrit l'eau de riz gommée.

Observé le 4, il présenta l'état suivant : besoin continuel d'aller à la garde-robe; coliques; ténesme; selles très fréquentes, sanguinolentes, couleur lie-de-vin, d'une fétidité gangréneuse; sensibilité hypogastrique; peau froide, surtout aux extrémités; pouls fréquent, peu développé; grande faiblesse. *Prescription :* trente sangsues à l'hypogastre; cataplasmes; décoction blanche; deux potions opiacées, avec vingt-quatre gouttes de laudanum pour chaque; deux demi-lavemens amylacés et opiacés.

(1) Je viens d'apprendre que l'un de ces malades a succombé dans son pays, où on l'avait envoyé pour refaire sa santé, s'il était possible.

Le 5, même état, même prescription, quinze sangsues seulement. Le 6, six ventouses à l'épigastre.

Du 6 au 10, persistance des mêmes symptômes; prostration de plus en plus grande; altération de la face, qui, le 11, au matin, parut mériter l'épithète de cholérique. Selles toujours très fétides et couleur lie-de-vin. *Prescription :* potions opiacées, décoction de quinquina, demi-lavemens chlorurés et opiacés. Mort le 11.

Ouverture du cadavre. Altération du gros intestin tout-à-fait semblable à celle représentée planche v. M. Cambay a noté en outre que la muqueuse de l'estomac était rouge dans quelques points; et que les intestins grêles étaient colorés en rouge foncé dans toute leur longueur.

Troisième observation. Malard, soldat au dix-neuvième régiment de ligne, caserné au Gros-Caillou, entra, le 3 octobre 1841, à l'hôpital pour une dysenterie aiguë des plus graves, semblable en tout à celle des deux individus précédens. A son entrée, le huitième jour de la maladie, les selles étaient continuelles, sanglantes, couleur lie-de-vin, d'une horrible fétidité; faiblesse extrême; facies dysentérique; pouls petit, fréquent. L'état de faiblesse du sujet ne permit pas d'avoir recours à la saignée générale. On se contenta de quinze sangsues à l'anus, qui furent répétées le 5 et le 7. On mit encore en usage la décoction blanche, les potions opiacées, les demi-lavemens amylacés et opiacés, plus tard l'extrait de ratanhia, qu'on incorpora dans la potion opiacée. Les selles, continuelles d'abord, se réduisirent à douze environ dans les vingt-quatre heures.

Le 16, on commence à prescrire de la crême de riz, du vermicelle.

Le 17, apparition d'une variole discrète, qui parcourut ses périodes d'une manière régulière et pendant laquelle on crut pouvoir continuer l'alimentation.

Le 25 octobre, il n'y avait plus que cinq ou six selles en vingt-quatre heures. L'appétit étant un peu revenu, on prescrivit le quart le matin, la soupe le soir, avec cotelette et œuf à la coque. L'inappétence et le malaise forcèrent de s'en tenir aux potages gras.

Langueur, dépérissement, prostration. Mort le 19 novembre, le quarante-sixième jour de l'entrée du malade, le cinquante-quatrième jour de l'invasion.

Ouverture du corps. Voici la description détaillée des pièces qui m'ont été adressées par M. Cambay. L'inflammation occupe non-seulement le gros intestin dans toute son étendue, mais encore la moitié inférieure de l'intestin grêle.

Gros intestin. La partie la moins altérée est le cœcum et le colon ascendant. La partie la plus profondément altérée est le rectum et surtout l'S iliaque du colon. La surface interne du gros intestin, dans toute sa longueur, a une couleur ardoisée plus ou moins foncée, depuis l'ardoise claire jusqu'à l'ardoise noire. Cette couleur aurait pu faire croire à la gangrène; mais il n'y avait pas du tout de gangrène. La preuve put en être facilement acquise à l'aide du lavage, qui enleva en grande partie la matière ardoisée, et par conséquent fit disparaître immédiatement l'aspect gangréneux. Le gros intestin est épaissi dans toutes ses membranes; mais l'épaississement porte principalement sur la tunique fibreuse et sur le tissu cellulaire sous-muqueux. Ce gros intestin est d'ailleurs comme ratatiné, et la muqueuse présente des saillies mamelonnées, séparées les unes des autres par des rides irrégulieres. Cette membrane muqueuse présentait en outre des pertes de substance linéaires, sinueuses, rameuses, fort irrégulières, semblables à celles que détermineraient des gouttes d'acide sulfurique, sillonnant le gros intestin. A la vue de cette altération, le mot *métaphorique* d'inflammation frappe par sa justesse; car on dirait que le feu ou un acide ont passé par là.

Intestin grêle. La moitié inférieure de l'intestin grêle présente, à sa surface interne, une infinité d'érosions extrêmement petites, faites comme avec un emporte-pièce; en outre, elle présente une multitude de plis muqueux, parallèles, qui vont, en se multipliant de bas en haut, à mesure qu'on s'approche du lieu qu'occupent les valvules conniventes. Ces plis, qui avoisinent la valvule iléo-cœcale, sont tout-à-fait accidentels: on pourrait les appeler *valvules conniventes de corrugation.* Je les ai constamment rencontrés dans les phlegmasies de la muqueuse de l'intestin grêle.

Un très grand nombre de ces plis présente une couleur verdâtre, qui n'est pas pour un grand nombre une simple coloration superficielle, mais qui pénètre toute l'épaisseur de ces plis, et pourrait bien indiquer un état gangréneux: il est possible cependant que cette pénétration des replis valvulaires par la matière colorante de la bile ait eu lieu après la mort. Les plis muqueux présentent d'ailleurs une multitude de granulations, qui ne sont autre chose que le résultat de la saillie des follicules muqueux isolés, d'ailleurs parfaitement sains. La surface de ces plis paraît rugueuse, ce qui résulte de la présence de petits fragmens de pseudo-membranes, qui la hérissent et qui deviennent bien plus manifestes encore sous l'eau.

Réflexions. 1. La dysenterie se présente rarement dans nos climats sous une forme aussi grave que dans les cas précédens; ce n'est guère que dans les cas où elle se développe sous l'influence d'une cause épidémique, qu'elle atteint ce degré d'intensité, qui fait de cette

maladie un des plus grands fléaux de l'humanité, un fléau non moins redoutable que le choléra.

2. Il résulte des faits qui précèdent, et d'une multitude d'autres faits que j'aurai occasion de rapporter ailleurs, que la dysenterie consiste dans une phlegmasie de la muqueuse intestinale; que cette plegmasie a son siége essentiel dans le gros intestin, et plus spécialement dans le rectum et l'S iliaque du colon; que dans certaines circonstances la maladie est limitée au rectum, dans d'autres au rectum et à l'S iliaque, au colon ascendant, et que, dans les cas les plus graves elle envahit la totalité du gros intestin, qu'elle franchit même la valvule iléo-cœcale, et envahit les derniers pieds, la plus grande partie de la longueur de l'intestin grêle. Une particularité importante, relativement au siége, c'est qu'il arrive souvent que l'inflammation n'a pas lieu au même degré d'intensité dans toute l'étendue du gros intestin; qu'il arrive même quelquefois que cette inflammation envahit la muqueuse par zones plus ou moins irrégulières, en laissant intactes les parties intermédiaires.

3. Quant au caractère de la phlegmasie que constitue la dysenterie, ce n'est point une phlegmasie folliculeuse; les follicules restent intacts au milieu du désordre phlegmasique le plus intense : c'est une phlegmasie érytémateuse ou érysipélateuse, caractérisée par une rougeur plus ou moins intense, et dont le siége est dans le réseau capillaire; phlegmasie qui, lorsqu'elle atteint la partie inférieure du rectum, a pour résultat ce besoin impérieux et impuissant d'aller à la selle, qui est connu sous le nom de *ténesme*, d'*épreintes*. Ce ténesme, ces épreintes, sans évacuations alvines proprement dites avec excrétion laborieuse de quelques mucosités sanguinolentes, s'observeraient-ils si la phlegmasie, au lieu d'avoir pour siége la muqueuse rectale, occupait le colon? Je ne le pense pas; en sorte que la forme dysentérique de la phlegmasie de la muqueuse du gros intestin me paraît essentiellement liée à son siége dans le rectum.

4. La dysenterie légère s'accompagne rarement de réaction générale; tout semble se passer localement. La dysenterie grave est toujours précédée et accompagnée de fièvre. Je ne connais pas de distinction clinique plus importante que celle de la dysenterie en fébrile et en non fébrile. La dysenterie fébrile est une maladie très grave qu'il faut combattre énergiquement La dysenterie non fébrile est une maladie ordinairement légère qui se dissipe, ou spontanément, ou à l'aide d'une médication très simple; il y a cependant quelques exceptions à cet égard. Ainsi, j'ai rencontré un cas de dysenterie apyrétique extrêmement grave, sous l'influence de laquelle le malade succomba dans l'affaissement le plus complet (état adynanique de Pinel); point de douleur; prostration; langue sèche et noire; dents fuligineuses; pouls naturel pour la fréquence et pour la force; dévoiement sanguinolent plus ou moins abondant; et à l'ouverture j'ai trouvé une inflammation très intense de toute la muqueuse du gros intestin.

5. La dysenterie est une des formes d'entérite qui se manifeste le plus souvent à la suite des longues maladies, et qui précipite la terminaison fatale. J'ai eu bien des fois occasion de constater ce fait, et c'est dans des circonstances semblables que j'ai pu étudier la dysenterie à sa première période; pour toute altération, je trouvais une coloration rouge lie-de-vin, dans une étendue plus ou moins considérable de la membrane muqueuse du gros intestin. Cette altération coïncide presque toujours avec la présence de matières fécales durcies. Il ne faut pas d'ailleurs être surpris de l'influence funeste qu'exerce sur l'économie une lésion aussi superficielle en apparence, si l'on considère que, dans le cas dont il s'agit, cette lésion surprend l'économie dans des conditions de débilité excessive.

6. La dysenterie aiguë tend essentiellement à passer à l'état chronique, et je ne connais rien de grave, rien de rebelle à toute médication, comme la dysenterie chronique. Il est même des conditions hygiéniques dans lesquelles la dysenterie a, dès son début, si je puis m'exprimer ainsi, la forme chronique. Pendant que j'habitais Limoges, j'ai été plusieurs fois invité par les préfets qui se sont succédés dans le département de la Haute-Vienne, à consta-

ter la cause de la mortalité effrayante qui régnait à la maison centrale de détention; cette cause, c'était la dysenterie chronique qui y régnait endémiquement. Il nous fut facile de voir dans une nourriture de mauvaise qualité et presque entièrement végétale, les détenus n'ayant de viande que le dimanche; dans le froid et l'humidité causés par le voisinage de la Vienne, dans des vêtemens et des moyens de caléfaction insuffisans, la cause principale de la détérioration lente et profonde de la santé de ces malheureux, qui entraient dans cette maison pleins de vigueur, et qui mouraient au bout de quelque temps, ou phthisiques, ou dysentériques. C'était également à la dysenterie que succombaient la plupart des aliénés du dépôt de mendicité de Limoges, dont le service m'a été confié pendant tout le temps de mon séjour dans cette ville, ce que j'attribuais surtout à l'insufisance des vêtemens et au froid des cellules glaciales où ils étaient sans garantie contre la rigueur de la saison. C'est toujours à un trouble dans les fonctions de la peau, ou à des erreurs volontaires ou forcées de régime, et quelquefois à ces deux causes réunies qu'il faut remonter, lorsqu'on veut expliquer la génération du plus grand nombre des maladies aiguës ou chroniques.

7. Dans l'état chronique, la dysenterie est essentiellement apyrétique, et se confond avec l'irritation intestinale connue sous le nom de *dévoiement*. Voici le résultat de plusieurs autopsies faites en divers temps et en divers lieux sur des individus qui ont succombé plus ou moins long-temps après une dysenterie incomplètement traitée, qui avait dégénéré en dévoiement opiniâtre. Ces altérations sont toutes les conséquences de l'inflammation chronique qui s'est étendue de la muqueuse aux tuniques subjacentes. Gros intestin et plus spécialement rectum, S iliaque, colon descendant épaissis, durs, contractés. La section de l'intestin présente un aspect lardacé, ou plutôt l'aspect de l'induration blanche. L'épaississement porte principalement sur la membrane fibreuse : la membrane musculeuse participe aussi à l'hypertrophie. La muqueuse est plissée sur elle-même, ordinairement de couleur ardoisée, plus ou moins foncée, et cette couleur en a souvent imposé pour la gangrène. Il y a ulcération de la muqueuse, et l'ulcération affecte diverses formes, présente plusieurs degrés. J'ai vu des cas dans lesquels toute la surface interne du gros intestin offrait une couleur ardoise foncée, et était parsemée d'innombrables petites ulcérations; d'autres fois, la muqueuse est détruite par zones plus ou moins irrégulières. Dans quelques cas, j'ai vu des ulcères parfaitement cicatrisés ou en voie de cicatrisation, à côté d'ulcères qui paraissaient en voie d'accroissement. C'est surtout dans le rectum et l'S iliaque, qu'on rencontre les pertes de substance les plus considérables de la membrane muqueuse. Quelquefois il n'existe dans le rectum que des débris de cette membrane muqueuse, et même j'ai vu des cas dans lesquels il n'y avait pas vestige de membrane muqueuse dans toute la hauteur du rectum.

8. C'est dans des cas de ce genre, c'est-à-dire dans le cas de destruction complète ou presque complète de la membrane muqueuse du rectum, que surviennent des accidens de rétention, d'incontinence des matières fécales, et qu'on a pu croire à un cancer du rectum; que, conséquemment à cette croyance, on a extirpé la partie inférieure du rectum ou dilaté l'intestin par des mèches, et qu'on a pu croire, après l'extirpation comme après l'emploi long-temps continué des mèches, avoir guéri un cancer du rectum. Les cas dans lesquels on a, pendant la vie et même à l'autopsie, pris des inflammations chroniques du rectum, suite de destruction de la membrane muqueuse, pour des cancers, ne sont pas aussi rares qu'on le pense. Ce qui rend l'erreur plus facile, c'est l'induration et l'épaississement considérable des parois du rectum; c'est l'induration du tissu cellulaire qui entoure cet intestin; ce sont les trajets fistuleux qui se manifestent dans l'épaisseur et en dehors des parois; c'est le pus qui suinte perpétuellement de l'anus, quand le sphincter a perdu sa force contractile ou qui s'échappe avec les matières fécales, qu'il précède, lorsque le sphincter est intact. Chez quelques individus, il y a des selles complètement purulentes, indépendamment des selles ordinaires.

9. La dysenterie chronique peut, dans certains cas, guérir incomplètement, et présenter, à de longs intervalles, des recrudescences manifestées par des coliques, avec ou sans épreintes, suivant que l'inflammation occupe ou n'occupe pas la partie inférieure du rectum, par des selles sanglantes ou sanguinolentes, et par un dévoiement qui alterne avec la constipation : elle laisse souvent au malade de longs intervalles de calme, auquel la moindre erreur dans le régime peut faire succéder des accidens plus ou moins graves, le dévoiement, des hémorrhagies. J'ai en ce moment, dans mon service, salle Saint-Ferdinand n. 7, un Polonais, qui a éprouvé, en 1832, une dysenterie très grave, incomplètement traitée, et qui, depuis cette époque, est sujet à des crises de dévoiement et d'hémorrhagie intestinale. L'hémorrhagie a été une fois tellement considérable, que le sang coulait par l'anus, comme par un robinet. Lorsqu'il est entré dans mon service, il y a quatre mois environ, sa face était jaune paille, le colon descendant et l'S iliaque se dessinaient parfaitement à travers les parois abdominales, amaigries sous la forme d'une grosse corde, noueuse, mobile, que je pouvais déplacer, porter en avant et appliquer contre la paroi abdominale antérieure, à l'aide de mes doigts, enfoncés derrière elle. Les nœuds ou renflemens très considérables de la corde étaient formés par des boules fécales, accumulées de distance en distance : aussi se sont-ils dissipés par suite de l'évacuation de ces boules et se sont-ils constamment reproduits après une constipation de quelques jours. Je suis parvenu à atténuer et à éloigner les crises, qui consistaient dans des besoins impérieux et infructueux d'aller à la selle, bientôt suivis de dévoiement et d'émission de sang fétide, et, bien qu'aujourd'hui il y ait six semaines que les crises ne soient pas revenues, l'aspect jaune paille de la face, la présence de la corde dure, formée par l'épaississement de l'S iliaque et du colon desendant, prouvent bien évidemment que l'inflammation chronique n'est pas dissipée.

10. Je considère la dysenterie, même légère, mais incomplètement guérie, comme la source de plusieurs formes de ces états de langueur générale, de dépérissement, avec digestions longues, laborieuses, tristesse, morosité, qu'on appelle encore gastrite, gastralgie. J'ai été bien souvent consulté pour des cas de ce genre, dans lesquels l'estomac était parfaitement sain. Le point de départ était dans le gros intestin, qui avait été, à une époque antérieure et quelquefois très éloignée, le siège d'une dysenterie. Or, voici l'espèce d'analyse à laquelle je soumets les malades, pour reconnaître, avec le siège précis de la maladie, la source première de tous les accidens.

11. En général, ces malades ont de l'appétit : la digestion stomacale est parfaite, quels que soient les alimens dont ils aient fait usage. Ce n'est que six, huit heures après le dîner, vers minuit, deux heures du matin (lorsque le dernier repas a eu lieu à six heures du soir) que surviennent un malaise général, un développement considérable de gaz, souvent un dévoiement séreux, muqueux, avec ou sans épreintes. Chez quelques femmes, les approches de l'époque du flux menstruel déterminent des selles muqueuses et quelquefois sanguinolentes. La diète lactée, si utile, si rapidement utile, lorsqu'elle est bien appliquée dans certaines irritations de l'estomac, m'a paru nuisible, au moins dans le plus grand nombre des cas, dans les irritations du gros intestin. Le bouillon de bœuf, les viandes rôties, sont ce qui passe le mieux : on est quelquefois obligé de supprimer le pain, qu'on remplace avantageusement par des pommes de terre ou des pâtes non fermentées. Il faut être aussi sévère sur la quantité que sur le choix des alimens, et les proportionner à l'état des forces digestives. On est souvent obligé de faire de petites haltes dans le régime et de redoubler de sévérité, pour peu que le malade se sente indisposé. Je me suis également bien trouvé de lavemens soit avec un bouillon de fraise de veau, soit avec un bouillon de bœuf. Quant au traitement pharmaceutique, c'est à la thériaque, au diascordium, à l'opium gommeux seul ou associé au cachou, que je borne les médicamens proprement dits; mais point de succès sans un régime sévère, sans les soins hygiéniques les plus minutieux; car tout est quelque chose pour le malade, le froid et l'humidité, les émotions morales, quelques bouchées de plus d'alimens. J'ai vu une malade qui avait huit à dix selles toutes les fois que sa maîtresse

la réveillait en sursaut pendant la nuit. Ce n'est que par un traitement de plusieurs années, suspendu et repris de temps en temps, qu'on parvient à triompher de ces lésions encore peu connues du gros intestin, suite de dysenterie incomplètement guérie. Malheur aux malades, si l'estomac est pris en même temps que les intestins. La conduite du praticien est alors bien difficile au milieu de ces indications contradictoires. Je donne des soins, depuis sept ans, à une jeune dame, qui est dans ce cas. Le lait seul est supporté par l'estomac; le bouillon détermine des indigestions et des crises de coliques; mais je ne puis faire passer le lait sans inconvénient pour les intestins, qu'en donnant une cuillerée de potion opiacée avant chaque prise de lait, et qu'en administrant des lavemens opiacés. Il arrive quelquefois que le lait ne passe plus, comme d'ailleurs toute autre espèce d'alimens; nous sommes alors obligés d'observer la diète pendant quelques jours, pour permettre aux organes digestifs de recouvrer leur faculté assimilatrice. Il y a eu, dans le cours de cette maladie, des périodes plus ou moins longues, où la perdrix, le gibier, le jambon, passaient bien mieux que le poulet et surtout que le bouillon, dont la digestion a toujours été extrêmement pénible. Plusieurs fois nous avons eu des crises de dévoiement avec coliques, épreintes, météorisme, douleur de l'abdomen, de manière à faire redouter une péritonite. De ce qui précède sur la dysenterie, il suit que cette maladie doit être traitée avec le plus grand soin à l'état aigu, pour prévenir les graves accidens qu'elle entraîne à sa suite. Je le répète: *c'est à une dysenterie négligée ou incomplètement traitée, que remonte l'état valétudinaire, l'état de souffrance, d'hypochondrie presque permanent d'un grand nombre d'individus.*

12. Du reste, voici le traitement que j'ai adopté pour cette maladie: dans les dysenteries légères, apyrétiques, traitement par l'opium, et par la bouche et par l'anus; lavemens émolliens et bains. Dans les dysenteries fortes, le traitement par l'opium est insuffisant, et ne peut être considéré que comme un moyen palliatif. Les évacuations sanguines locales et même générales sont le moyen qui m'inspire le plus de confiance, et qui ressort naturellement de l'anatomie pathologique de la maladie; mais, dans les dysenteries très graves, le succès de la saignée dépend de l'opportunité de son emploi, et le moment de l'opportunité, en pareil cas, c'est l'invasion de la maladie. Je conçois toutefois que, dans les dysenteries épidémiques, comme d'ailleurs dans toutes les phlegmasies épidémiques, dans toutes les maladies miasmatiques, l'élément inflammatoire ne doive être pris qu'en considération secondaire: à la saignée et à l'opium, j'associe souvent l'ipécacuanha, qui a si long-temps joui de la réputation de spécifique dans la dysenterie, et qui l'a méritée dans beaucoup de cas. Mon âge et ma position m'ont mis en relation avec des médecins élevés à l'école de Stoll et imbus des anciennes doctrines de l'école de Montpellier. J'ai entendu dire à un vieux praticien que l'ipécacuanha était le seul moyen en lequel il eût confiance dans la dysenterie; qu'il le donnait le premier jour en poudre, à la dose de trente-six grains; le lendemain et les jours suivans, en décoction, à la dose d'un gros ou deux, dans trois verres d'eau: il m'assurait qu'en suivant cette ligne de conduite, il n'avait pas perdu un seul malade dans le cours de sa longue pratique. J'ai vu également employer avec succès, et j'ai moi-même employé dans quelques cas les purgatifs minoratifs: *manne*, *huile de ricin*, *sels neutres*.

Je n'ai pas d'expérience personnelle sur l'association du calomel et de l'opium, ni sur la la triple association de l'ipécacuanha, du calomel et de l'opium, dont M. le docteur Segond raconte merveilles. (1)

(1) *Documens relatifs à la méthode éclectique, employée contre la dysenterie, à la clinique de l'hôpital de Cayenne*, Paris, 1836, in-8. Ce médecin, ayant appris que les colonies anglaises perdaient peu de dysentériques, tandis que les colonies françaises en perdaient prodigieusement, eut l'idée que cette différence pouvait tenir au mode de traitement. Or, les Français employaient les opiacés et la méthode antiphlogistique, tandis que les Anglais étaient très sobres d'antiphlogistiques et faisaient un grand usage de pilules composées avec ipécacuanha, calomel et opium: plus tard, ils avaient recours à la décoction de simarouba et de ratanhia. M. Segond dit avoir adopté la méthode des Anglais et s'en être parfaitement trouvé.—Voyez aussi *Mémoire sur la dysenterie observée à la Guadeloupe*, par M. le docteur Cornuel, médecin de la marine royale (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1840, tome VIII), page 100.—*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, tome III, page 731.

MALADIES DU RECTUM.

(Planche iii, xxv^{e} livraison.)

Explication des figures 1 *et* 1', 2 *et* 2'.

Les figures 1 et 1' représentent une pièce pathologique qui me fut adressée par mon vénérable collègue, feu Boyer : il venait d'extirper cette tumeur, qui formait un bourrelet fort incommode à l'orifice anal, et me demandait mon avis sur la nature de la maladie, qu'il soupçonnait être une dégénération cancéreuse de l'extrémité inférieure du rectum ou simplement de la muqueuse déplacée.

La fig. 1 représente le bourrelet tel qu'il se présentait à la région anale : il était d'un rouge violet et couvert de fausses membranes : au centre est l'orifice anal O.

La fig. 1' représente une section verticale du bourrelet : on voit qu'il consiste dans un renversement ou invagination, non point seulement de la membrane muqueuse, mais bien de toute l'épaisseur de l'intestin, et que ce renversement occupe la partie inférieure du rectum, qui s'est déplacé de bas en haut, et non point de haut en bas : je veux dire que le déplacement a débuté par la portion d'intestin qui avoisine l'anus, et s'est continué progressivement de bas en haut.

Cette même coupe verticale permet de voir jusqu'à quel point les parois du rectum sont hypertrophiées : la membrane muqueuse et la membrane fibreuse sous-jacentes représentent un tissu vasculaire érectile rempli de caillots sanguins, au centre desquels on rencontre quelques phlébolithes. La membrane musculaire est très épaisse; enfin les veines variqueuses qui occupent le tissu cellulaire extérieur au rectum, sont remplies de phlébolithes, dont quelques-unes très volumineuses.

La tumeur anale représentée fig. 1 et 1' n'est donc rien autre chose qu'une invagination de la partie inférieure du rectum avec hypertrophie très considérable, état variqueux des veines, phlébolithes, sans aucune trace de dégénération cancéreuse; et le malade opéré par Boyer est bien certainement à l'abri de toute récidive. Quant aux causes de l'hypertrophie, le fait du déplacement de l'intestin, de la contraction du sphincter sur les parties déplacées, de l'irritation exercée par le contact des vêtemens et peut-être par des pressions fréquentes et par des tentatives réitérées de réduction, de l'inflammation habituelle, conséquence nécessaire de toutes ces influences, l'expliquent surabondamment.

Les fig. 2 et 2' représentent la partie inférieure de l'intestin rectum d'une femme dont l'anus était entouré de végétations molles TH, TH, formant un bourrelet frangé très considérable : on voyait dans l'épaisseur des parois de l'intestin plusieurs varices V, V, remplies de sang concret très noir.

La fig. 2 montre les détails de ces végétations : quelques cicatrices, une bride B et de petites végétations attestent que l'extrémité inférieure de l'intestin a été le siège d'une irritation long-temps continuée.

La fig. 2' représente une section du bourrelet hémorrhoïdal, qui est constituée par un tissu fibro-celluleux lâche, revêtu par une membrane vasculaire laquelle tient le milieu entre la peau et les membranes muqueuses : on conçoit combien facilement ce tissu fibro-celluleux doit s'infiltrer, s'indurer, dégénérer.

Réflexions. — Rien de plus fréquent que de voir naître de l'anus des prolongemens habituellement flétris et comme ridés, et qui simulent quelquefois à s'y méprendre des végétations syphilitiques : ces végétations, qui constituent une espèce bien particulière d'hémorrhoïdes, forment quelquefois un double cercle concentrique, une sorte de fraise dont il faut séparer et examiner successivement, une à une, les franges ou divisions, lorsqu'on veut apprécier exactement la manière d'être de ces tumeusr.

La structure celluleuse de ces végétations hémorrhoïdales leur permet d'acquérir rapidement un grand volume par le fait d'une infiltration séreuse ou sanguine. Cette infiltration, qui est très commune, devient souvent une cause d'inflammation qu'il faut combattre par des antiphlogistiques, la position horizontale, les lavemens émolliens et les bains.

Les incommodités auxquelles donne lieu la présence de ces tumeurs sont telles que la plupart des personnes qui en sont affectées (et elles sont nombreuses) demandent à en être débarrassées. Je m'y suis toujours refusé, à moins de dégénération imminente ou consommée de l'une ou de quelques-unes de ces tumeurs : on connaît les conséquences de la section d'hémorrhoïdes; l'hémorrhagie qui en est la suite ordinaire et la phlébite qu'on a eu occasion d'observer quelquefois.

Tout praticien prudent devra donc ne pas considérer comme une chose de peu d'importance l'excision des hémorrhoïdes; il ne s'y décidera que sur des indications bien prononcées, et se munira d'un cautère actuel pour cautériser minutieusement les petites plaies qui résulteront de l'excision de ces tumeurs. Faute d'avoir pris cette précaution, on a vu des praticiens du plus grand mérite perdre leurs malades par suite d'une hémorrhagie d'autant plus grave qu'elle était interne. Les hémorrhagies des tissus érectiles ne s'arrêtent que par la cautérisation.

Du reste, les lotions avec l'eau fraîche ou l'eau légèrement alumineuse, les onctions avec le beurre de cacao, le soin d'éviter la constipation et les efforts qu'elle entraîne, soit par des lavemens, soit par des pilules laxatives prises de loin à loin; tels sont les soins hygiéniques qui préviennent presque toujours la nécessité de l'excision des végétations anales.

Explication de la figure 3.

La fig. 3 représente le rectum d'une femme de la Salpêtrière qui fut admise dans cet hôpital comme affectée d'un cancer de cet intestin; la défécation se faisait très bien; on s'assura par l'introduction du doigt que le cancer n'occupait qu'une partie de la circonférence du rectum; un suintement purulent fétide, d'odeur cancéreuse, avait lieu constamment par l'anus; la douleur n'était pas vive. Cette femme mourut d'une maladie étrangère à l'affection du rectum.

A l'ouverture, je trouvai que la dégénération occupait la partie inférieure de l'intestin, qu'elle était parfaitement limitée, mais que toute l'épaisseur de l'intestin avait été envahie. La surface interne SO, était ulcérée et couverte d'un détritus comme gangréneux. La coupe est grisâtre, uniforme, et ne présente pas l'aspect aréolaire d'une manière aussi évidente que les tumeurs cancéreuses ordinaires : cela tient à ce que le suc cancéreux qui remplit les mailles est concret.

Ce cas est un de ceux dans lesquels l'extirpation complète de la maladie était possible et par conséquent présentait des chances de succès. Le cancer du rectum est, en effet, un des cancers qui est le plus habituellement exempt de toute infection cancéreuse.

Considérations générales sur le cancer du rectum.

Le cancer peut occuper l'anus, il peut occuper les divers points de la hauteur du rectum.

Le cancer anal est peut-être plus fréquent que le cancer du rectum proprement dit. Il succède ordinairement à des hémorrhoïdes irritées ou à des végétations syphilitiques.

Les accidens que détermine le cancer anal sont bien moins graves que ceux produits par le cancer du rectum proprement dit; car il est bien rare que le cancer anal ait pour résultat le rétrécissement de l'orifice anal lui-même. Presque toujours, au contraire, ce cancer se présente sous la forme ulcéreuse, et détruit successivement couche par couche, toutes les parties environnantes. Souvent une inflammation phlegmoneuse s'empare du tissu cellulaire pelvien; de là des clapiers qui accélèrent de beaucoup le terme fatal.

Il est vrai que, dans ce cas, comme d'ailleurs dans beaucoup de cas de cancer, il survient souvent des lésions viscérales aiguës ou chroniques qui emportent les malades avant le moment marqué par les progrès toujours croissans de la maladie locale. Tel est le cas suivant, qui peut être considéré comme un type de cancer anal.

Anne Leblanc, 55 ans, entre le 28 avril 1820 au dépôt de mendicité de Limoges pour une maladie de l'extrémité inférieure du rectum, qu'on avait soupçonnée de nature vénérienne. Cette maladie consistait

dans un ulcère cancéreux très considérable, circulaire, à surface grisâtre, crevassée, inégale, à bords durs, coupés à pic, donnant un ichor horriblement fétide, souvent mêlé de sang : au fond de cet ulcère infundibuliforme se voyait l'orifice inférieur du rectum.

Déjà la constitution avait subi cette altération qui est connue sous le nom de cachexie cancéreuse et qui tient moins à la maladie elle-même qu'aux hémorrhagies dont elle s'accompagne; chlorose symptomatique que caractérisent la couleur jaune paille de la face, l'infiltration légère du tissu cellulaire sous-cutané de la face et de toutes les parties du corps; l'oppression au moindre exercice; le pouls plein, dur, variable pour la fréquence, le ronflement des artères connu sous le nom très expressif de bruit de rouet ou de diable.

La malade me raconta qu'elle avait eu une maladie vénérienne 25 ans auparavant; qu'à cette époque survinrent des excroissances à l'anus qui furent extirpées, peut-être ne l'avaient-elles pas été en totalité; qu'il y a quatre ans, elle éprouva de la gêne à l'anus, qu'elle y sentit un petit bouton; qu'elle fut soumise à un traitement anti-syphilitique, consistant dans des frictions mercurielles et la liqueur de Van-Swiéten.

Pendant les huit jours qui précédèrent sa mort, la malade fut prise de fièvre vive, de toux, d'oppression très considérable, et succomba dans un grand état d'angoisse et comme suffoquée.

Ouverture du corps. — Le cancer anal était très superficiel; il était supporté par une base dure, ayant deux lignes d'épaisseur; le rectum était parfaitement sain.

Dilatation considérable avec hypertrophie du ventricule gauche du cœur; infiltration purulente d'une bonne partie des poumons. Le pus ruisselait comme d'une éponge par la pression exercée sur cet organe. Rien dans le canal intestinal.

Réflexions. — Cette malade a donc succombé à une pneumonie qui ne s'est manifestée par aucun symptôme évident. Au moment où j'ai recueilli ce fait, je ne connaissais pas l'auscultation, et la percussion ne m'avait nullement éclairé.

La pneumonie est la terminaison la plus fréquente des maladies organiques. L'épuisement, le marasme le plus complet semblent favoriser son invasion. Je l'ai vue survenir dans des cas où le sujet était encore sous l'influence d'une hémorrhagie considérable; de même que j'ai vu l'apoplexie ou le ramollissement du cerveau se manifester dans les mêmes circonstances, je veux dire après une hémorrhagie abondante ou après de fortes saignées.

Le cancer du rectum, considéré sous le rapport du siège, peut envahir tous les points de la hauteur de l'intestin : il peut affecter toutes les formes possibles de dégénération. Ordinairement primitif, il est souvent, chez les femmes, consécutif au cancer de l'utérus ou plutôt du vagin. — J'ai vu plusieurs fois à la Salpêtrière des femmes chez lesquelles l'utérus était parfaitement sain, et le cancer limité aux parois adossées du rectum et du vagin, sans qu'il fût possible de déterminer si le cancer avait débuté par l'un ou par l'autre de ces conduits. Une seule fois chez l'homme, j'ai trouvé un cancer simultané du rectum et de la vessie.

L'effet le plus grave de la dégénération cancéreuse du rectum est, sans contredit, le rétrécissement de l'intestin et l'obstacle qui en résulte pour la défécation. Bien plus, lorsque ce rétrécissement est arrivé à sa dernière limite, les gaz étant retenus, il en résulte un météorisme qui peut être porté jusqu'au point d'amener la rupture de l'intestin.

Le rétrécissement du rectum pouvant être produit par une autre cause que le cancer de l'intestin, on conçoit les erreurs de diagnostic qui doivent résulter de cet effet commun de lésions essentiellement différentes. Or, de même que l'ulcère chronique de l'estomac est souvent cliniquement et anatomiquement confondu avec le cancer de cet organe; de même l'ulcère chronique du rectum donne lieu à des symptômes tellement analogues à ceux du cancer, qu'on les confond au lit du malade et même souvent sur le cadavre.

L'observation suivante, qui a fait le sujet d'une de mes leçons cliniques de la Salpêtrière, est remarquable sous ce rapport.

Ulcère chronique du rectum avec rétrécissement de cet intestin, pris pour un cancer de cet organe. — Mort avec les symptômes de l'étranglement.

Femme Roger, âgée de 44 ans, admise à la Salpêtrière sous le nom de *cancer du rectum*, présente l'état suivant :

Face décolorée, bouffie, infiltrée, comme dans la cachexie cancéreuse, infiltration des membres ; abdomen volumineux ; tympanite ; la percussion donne le son d'un tonneau à moitié vide ; coliques habituelles, constamment exaspérées par le besoin d'aller à la selle ; suintement purulent par l'anus. Le toucher constate l'intégrité parfaite des organes génitaux. Toute mon attention est fixée sur le rectum et sur ses fonctions ; indépendamment du suintement purulent qui est habituel, il y a deux ordres d'évacuations alvines : 1° des selles purulentes que la malade rend en une seule fois, à la manière d'une fusée de dévoiement ; 2° des selles fécales rubanées, aplaties, qui lui causent beaucoup d'efforts et de douleurs. Douleur très vive à la région du sacrum que la malade frotte souvent pour se soulager ; coliques très intenses provoquées par le besoin d'aller à la selle. La malade nous disait qu'il y avait incontinence des matières fécales, mais en la faisant s'expliquer, je reconnus que les selles étaient volontaires, mais que le besoin de défécation était si pressant, qu'elle ne pouvait y résister.

Pour commémoratifs, je recueillis que 12 ans auparavant la femme Roger avait éprouvé une maladie syphilitique consistant en des végétations ; qu'il lui était resté depuis cette époque un pertuis fistuleux établissant une communication entre l'anus et le vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette.

Le doigt introduit dans le rectum arrivait dans un cul-de-sac au fond duquel on reconnaissait un rétrécissement très considérable.

L'indication des mèches était évidente ; elles produisirent une dilatation qui rendit bien plus facile et bien plus complète l'expulsion des matières fécales.

La malade se refusa bientôt à l'introduction des mèches : persistance de l'infiltration, du météorisme habituel, des coliques, pendant la durée desquelles on sent des bosselures produites par la contraction des intestins. Bientôt, pouls petit, hoquets, vomissemens, syncopes au moindre mouvement, soif vive d'eau froide, symptômes d'étranglement ; mort.

A l'ouverture, point d'affection cancéreuse du rectum, mais rétrécissement fibreux, suite d'un ulcère chronique de l'intestin, qui occupait la moitié inférieure de l'intestin et qui avait détruit la membrane muqueuse. Plusieurs ulcérations avec perte de substance, et en partie cicatrisées, se voyaient de distance en distance dans la longueur du gros intestin.

Réflexions. — Cette malade est donc morte avec les symptômes de l'étranglement : il est probable que si l'inflammation chronique, source de l'ulcération de l'intestin rectum avait été traitée convenablement dans le principe, le rétrécissement fibreux, conséquence presque nécessaire d'une ulcération circulaire de l'intestin qui tend à se cicatriser, aurait été prévenu.

Dans l'observation suivante, il était bien facile de prendre l'inflammation chronique du rectum pour un cancer de cet organe, vu le désordre considérable qui existait tout autour de l'intestin.

Inflammation chronique du rectum qui a été prise pour un cancer. — Communication du rectum avec le vagin au-dessus de la fourchette. — Clapiers, cloaques purulens communiquant d'une part avec l'intestin rectum, d'une autre part avec la peau qui entoure l'anus.

Femme Queulen, 46 ans, réglée à 18, mère à 19, ayant eu une maladie vénérienne à 30 ; emploi immodéré du mercure ; chute des dents par suite de ce traitement ; cessation des règles à 38 ans.

Il y a 3 ans, elle devint sujette à des constipations opiniâtres qui duraient quelquefois 15 jours, et à la suite de ces constipations, selles très fréquentes pendant 24 heures. Bientôt, s'apercevant qu'elle rendait du pus et du sang par l'anus, elle entra à l'Hôtel-Dieu où on la traita par les mèches.

A son arrivée à la Salpêtrière, marasme, infiltration des membres inférieurs ; pouls extrêmement petit et fréquent ; toux depuis trois mois.

Suintement purulent et fécal presque continuel. Il n'y a pas de rétention des matières : dans le principe, la malade pouvait recevoir des lavemens ; depuis quelque temps, le liquide injecté sort par le vagin et par les pertuis du pourtour de l'anus : mort par épuisement.

Ouverture du cadavre. — Communication circulaire du diamètre d'une pièce d'un franc entre le rectum et la partie inférieure du vagin, au-dessus de la commissure postérieure. Cette communication n'était pas immédiate, mais elle avait lieu par l'intermédiaire d'un clapier qui se prolongeait dans l'épaisseur de la partie postérieure de la grande lèvre droite et qui s'ouvrait dans le rectum par un orifice assez considérable pour admettre le petit doigt.

Au pourtour de l'anus se voyait un certain nombre de pertuis presque capillaires, dont plusieurs étaient cachés dans les plis radiés que présente cette région. La muqueuse du rectum était détruite dans toute la partie de l'intestin qui est plongée au milieu des graisses de l'excavation; des clapiers nombreux, anfractueux, situés en dehors de la membrane musculaire de l'intestin et parfaitement circonscrits par du tissu cellulaire induré, s'ouvraient dans la cavité du rectum à travers les fibres musculaires hypertrophiés; celles-ci étaient comme disséquées et séparées les unes des autres sous la forme de brides circulaires et longitudinales, disposition qui donnait à la partie inférieure du rectum l'aspect aréolaire. Il résulte de cette disposition qu'il existait tout autour du rectum, et surtout en arrière, une multitude de petits clapiers ou cloaques à parois très denses, s'ouvrant dans la cavité du rectum par un trajet plus ou moins anfractueux, à travers les aréoles constituées par les fibres musculaires disposées en faisceaux distincts.

Réflexions. — Il est donc bien constant que les inflammations chroniques de l'intestin rectum ont été souvent prises pour des cancers de cet organe. La première question à résoudre, lorsqu'on aura affaire à une maladie du rectum, sera donc de déterminer s'il s'agit d'une inflammation chronique ou bien d'une dégénération cancéreuse.

Quant aux formes du cancer rectal, aucune des formes du cancer ne lui est étrangère. J'ai vu plus fréquemment que les autres espèces cancéreuses la dégénération aréolaire et gélatiniforme.

Quant aux effets du cancer rectal, le plus redoutable est sans contredit l'obturation de l'intestin, de telle manière que l'excrétion des gaz et des matières fécales, d'abord difficile, devient plus tard impossible : de là le soulagement, et même l'apparence de guérison, opérée par les mèches, lorsque le cancer est accessible à ce moyen de dilatation. Mais dans combien de cas n'est-il pas situé au-dessus de la portée du doigt! Un fait assez remarquable est le suivant : c'est qu'un cancer du rectum, au-dessus de la portée du doigt, dans les premiers temps de la maladie, peut être reconnu à l'aide du doigt par suite de la rétention des matières qui dépriment la portion d'intestin rétrécie. Les efforts de défécation exercés pendant que l'index est introduit dans l'intestin rectum peuvent abaisser suffisamment la partie malade pour permettre d'établir le diagnostic. J'ai vu un cas dans lequel une dégénération dont le siège étant de 5 à 6 pouces de l'anus, put être sentie avec le doigt.

L'observation suivante, qui a pour sujet un malade extrêmement intéressant, auquel j'ai donné mes soins pendant la dernière année de sa vie, donne une idée des accidens de rétention auxquels peut donner lieu le cancer du rectum. Elle fournira aussi un exemple remarquable d'extension à la vessie du cancer du rectum.

Cancer de la partie supérieure du rectum. Tous les symptômes de la rétention des matières fécales. — Hématurie. — Symptôme d'un calcul vésical ou d'un fongus. — Mort. — Cancer du rectum qui s'est propagé jusqu'à la vessie.

M. de Cr., 45 ans, ancien officier supérieur de la garde royale, éprouvait tous les huit jours les symptômes les plus graves d'une rétention des gaz et des matières fécales : bien que le doigt introduit dans le rectum ne pût atteindre le point malade, il était néanmoins constant qu'il existait un rétrécissement considérable à la partie supérieure de cet intestin ou à la fin de l'S iliaque du colon; c'était en effet la région iliaque gauche qui était le centre des douleurs. C'était là que s'accumulaient les gaz et les matières fécales. L'S iliaque du colon se dessinait à travers les parois abdominales amincies sous la forme de bosselures extrêmement considérables. A chaque douleur, on sentait l'intestin se durcir à la manière de l'utérus dans l'accouchement, il y avait en effet une grande analogie entre le caractère de ces contractions intestinales destinées à expulser le corps étranger formé par les matières fécales et celui des contractions utérines. Le

seul moyen de remédier à ces horribles crises était dans l'emploi d'un purgatif, et il fallait en général qu'il fût énergique; les demi-moyens exaspéraient les douleurs sans produire aucune évacuation. Plusieurs fois le malade parut prêt à succomber, mais aussitôt que les évacuations avaient été obtenues, les douleurs cessaient complètement; le malade revenait à la vie; il reprenait sa gaîté, sa vivacité; quelquefois, après l'avoir laissé mourant le matin, je le trouvais le soir à table, mangeant avec le meilleur appétit et se félicitant du bien-être qu'il éprouvait; tout allait bien pendant quatre jours, mais le cinquième jour, les matières commençaient à s'accumuler, de petites coliques à se manifester, et si des évacuations n'étaient pas provoquées avant le huitième jour, les crises devenaient effroyables : l'eau de Trèvez qui, je crois, contient 1/2 grain d'émétique et une once de sulfate de magnésie, était le purgatif qui réussissait le mieux : on était obligé d'y ajouter un gros de sulfate de magnésie par verre. Les lavemens avec le miel mercurial eurent aussi quelque temps du succès; mais il y eut des crises tellement fortes, tellement prolongées, que j'ai souvent été tenté de pratiquer un anus artificiel, et certes l'opération n'eût pas été difficile, car il semblait que les matières fécales étaient sous-cutanées, tant les parois abdominales étaient prodigieusement amincies.

Depuis quelque temps, l'obstacle à la sortie des matières fécales paraissait diminué; les crises de rétention étaient moins cruelles et plus rares, lorsque survint tout-à-coup une hématurie très considérable, et à la suite, les accidens vésicaux les plus graves; si bien, qu'à dater de ce moment, la rétention des matières fécales ne fut plus qu'un épiphénomène : c'étaient des besoins d'uriner extrêmement fréquens, souvent inutiles, un ténesme vésical porté au plus haut degré, des douleurs au bout de la verge; en un mot, tous les symptômes d'un calcul vésical. Les urines devinrent successivement catharrales, purulentes, sanieuses, d'une horrible fétidité; il y avait souvent hématurie. Les urines présentaient de petites masses demi concrètes qu'on aurait prises au premier abord pour des fragmens de calcul, mais qui n'étaient autre chose que du mucus concret servant de support à du sable urique. Le doigt introduit dans le rectum sentait derrière la prostate, au bas-fond de la vessie, une tumeur très dure qui pouvait être un calcul vésical, mais qui plus probablement était une dégénération cancéreuse du bas-fond de la vessie elle-même. Le malade mourut dans les douleurs les plus vives et le marasme le plus complet.

A l'ouverture, je trouvai une dégénérescence cancéreuse avec rétrécissement considérable de la partie supérieure du rectum. La dégénérescence s'était propagée au bas-fond de la vessie qui présentait à sa surface interne des végétations cancéreuses, molles, source bien évidente de l'hématurie : une tumeur encéphaloïde très considérable remplissait l'excavation du bassin.

La rétention des matières fécales et des gaz peut être portée au point d'amener la rupture de l'intestin. Les exemples de cet accident ne sont pas fort rares. M. Béhier, interne distingué des hôpitaux, en a présenté un exemple à la Société anatomique. En voici un exemple que j'ai recueilli, en 1812, à l'hôpital Saint-Antoine, où j'étais élève interne.

Payard, 60 ans, ouvrier en soie, hémorrhoïdaire depuis l'âge de 45 ans, était depuis un an sujet à une constipation qui durait de huit à douze jours, et qui s'accompagnait de coliques très vives, de nausées et de vomissemens.

Le 7 janvier 1812, coliques plus fortes que de coutume, qui durèrent sans relâche jusqu'au 21 janvier, et le forcèrent à entrer à l'hôpital. Je notai les symptômes suivans : amaigrissement, pâleur de la face, abdomen météorisé, bosselé. On reconnaissait aisément que les bosselures et le météorisme avaient lieu aux dépens du colon : borborygmes, coliques, constipation depuis huit jours; nausées sans vomissemens, abomen douloureux à la pression.

Les jours suivans, exaspération des symptômes.

Le 26, tympanite abdominale, uniforme, plus de bosselures; abdomen très douloureux à la pression; respiration courte; léger délire. Mort pendant la nuit.

Pour tout traitement, on s'était borné aux boissons adoucissantes, aux sangsues et aux fomentations émollientes.

Ouverture du cadavre. — A peine le bistouri eut-il traversé la paroi antérieure de l'abdomen, qu'il s'échappa une grande quantité de gaz fétide qui était bien évidemment contenu dans la cavité péritonéale. Les intestins refoulés en arrière étaient recouverts de matières fécales dont la source était une perforation du colon ascendant. Le gros intestin était distendu par une très grande quantité de matières fécales. Injection très prononcée de la surface péritonéale des intestins grêle et gros. Il fut facile de trouver la cause de la rétention des matières fécales et de la perforation de l'intestin colon dans un rétrécissement dur, annulaire, de la partie inférieure de l'intestin rectum; rétrécissement assez considérable pour ne

pouvoir pas admettre l'extrémité du petit doigt. Quelle était la nature de ce rétrécissement? Était-ce un cancer dur? était-ce un rétrécissement fibreux, une cicatrice suite d'une ulcération circulaire de l'intestin? Je me suis tu à cet égard; j'ai seulement dit, dans mes notes : *rétrécissement squirrhosité,* de la partie inférieure du rectum.

La rupture de l'intestin par suite de la rétention des gaz et des matières fécales est un phénomène assez rare. La mort arrive le plus souvent par le seul fait de cette rétention, qui a pour résultat définitif tous les phénomènes de l'étranglement. Nous avons vu, à l'occasion de l'ulcère chronique de l'estomac, que la mort pouvait être le résultat de la guérison de cet ulcère, par le fait du rétrécissement du pylore et de l'obstacle mécanique que ce rétrécissement apporte au passage des matières alimentaires. J'ai même eu occasion d'observer tout récemment un fait de ce genre sur un individu qui avait des vomissemens continuels, et qu'on croyait affecté de cancer du pylore. Il mourut dans le marasme le plus complet. Pour toute lésion, on trouva une cicatrice circulaire de 3 pouces de diamètre occupant le pylore et la partie voisine du petit cul-de-sac de l'estomac. Le rétrécissement était tel que l'orifice pylorique admettait à peine une grosse plume à écrire. Il n'y avait là rien de morbide, mais bien un tissu de cicatrice.

La même chose a lieu pour l'intestin rectum, comme d'ailleurs pour tous les autres points du canal alimentaire. On sait que les ulcérations circulaires des intestins grêles ou gros avec ou sans tubercules sont très communes. Eh bien, ces ulcérations, lorsqu'elles guérissent, ont pour conséquence le rétrécissement, quelquefois même l'oblitération de l'intestin, en sorte que les ulcérations chroniques circulaires de l'intestin devraient en quelque sorte être respectées, puisque la cicatrisation a des inconvéniens bien plus funestes que la présence de l'ulcération elle-même.

Dans le cas de rétention des gaz et des matières fécales, il faut toujours explorer le rectum : quelquefois c'est un bouchon de matières fécales qui est la cause de la rétention; et le curage, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la partie inférieure de l'intestin, fait cesser immédiatement tous les accidens. La pratique de la Salpêtrière m'a donné sur ce point une grande expérience. Il est des vieilles femmes qui ont une rétention de matières fécales et qui, cependant, vont à la selle par regorgement, c'est-à-dire que tous les matins, ou tous les deux jours, elles rendent un certain nombre de boulettes stercorales; et de même que j'ai vu des rétentions d'urine subsister plusieurs années sans accidens, de même la rétention de matières fécales avec regorgement ne s'accompagne pas toujours d'accidens de rétention. Je me rappellerai toujours une vieille femme qui, au dire des infirmières, allait régulièrement à la selle et qui mourut avec une rétention énorme de matières fécales. L'intestin rectum et l'S iliaque refoulés jusqu'au diaphragme ressemblaient au gros intestin distendu du cheval.

Les rétrécissemens du rectum par suite d'ulcération chronique sont susceptibles de guérison, lorsqu'ils sont accessibles aux moyens dilatateurs. C'est probablement dans des cas de cette espèce, et non dans des cas de cancer, que Desault a obtenu de si grands succès par l'introduction de mèches graduellement augmentées.

Une fois, le rétrécissement n'étant pas à la portée du doigt, j'introduisis une sonde œsophagienne qui donna issue à une grande quantité de gaz; mais le soulagement ne fut qu'éphémère.

Au moment où je corrige l'épreuve de cet article, mon collègue, M. Rostan, vient de communiquer un fait qui vient à l'appui des considérations précédentes : un individu reçu dans ses salles, succomba en présentant tous les symptômes d'un étranglement interne, vomissemens, hoquets, météorisme, douleur abdominale très vive. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva pas d'abord d'étranglement : ce ne fut qu'en portant le doigt dans le bassin qu'on vit le rectum entouré d'un anneau circulaire et tellement rétréci à ce niveau, que l'introduction d'une sonde de femme était presque impossible. J'ai examiné la pièce

pathologique avec beaucoup de soin, et je suis resté convaincu que l'anneau circulaire n'avait été pour rien dans la maladie, qui consistait essentiellement dans un rétrécissement circulaire fibreux, épais, excessivement dense de l'intestin; que ce rétrécissement était la suite d'une ulcération circulaire et constituait une véritable cicatrice. L'anneau circulaire, qui était pénétré d'une grande quantité de graisse, n'était autre chose qu'une appendice graisseuse qui était devenue adhérente tout autour de l'intestin, et qui peut-être avait joué un rôle important pour prévenir l'épanchement de matières dans l'abdomen ou peut-être pour prévenir la péritonite. La guérison de l'ulcération était donc devenue funeste en s'opposant mécaniquement au cours des matières fécales. Dans les cas de cette espèce, l'invasion subite des accidens pourrait faire soupçonner une péritonite par perforation; c'est en effet ce qui m'est arrivé au sujet d'un étudiant en médecine auprès duquel j'ai été appelé en consultation; j'hésitai dans mon diagnostic entre une perforation et un étranglement interne: ce malheureux jeune homme mourut trois heures après notre visite, et l'ouverture du cadavre n'a pas été faite.

MALADIES DU RECTUM.

(PLANCHE I, XXXIII^e LIVRAISON.)

Inflammation chronique du rectum simulant le cancer de cet organe, fig. 1 et 1'.

J'ai déjà eu occasion (1) d'établir par des faits que, de même que l'ulcère chronique de l'estomac est souvent cliniquement et autopsiquement confondu avec le cancer de cet organe, de même l'ulcère chronique du rectum donne lieu à des symptômes et à des caractères anatomiques tellement analogues à ceux du cancer du même organe, qu'on le confond au lit du malade et même souvent sur le cadavre. Je vais citer quelques nouveaux faits à l'appui de cette proposition. Disons d'abord que les lésions organiques du rectum, comme d'ailleurs celles de toutes les autres parties du canal alimentaire, intéressent sous deux points de vue : 1° sous celui de la lésion organique, considérée en elle-même, 2° sous celui du rétrécissement. Ce second point de vue domine généralement le premier, à raison de l'obstacle mécanique que le rétrécissement apporte à la sortie des matières. Or, que ce rétrécissement soit produit par une inflammation chronique, par une cicatrice ou par un cancer, les effets sont identiquement les mêmes, quant à l'obstacle au cours des matières, bien qu'ils diffèrent essentiellement quant à la nature, et conséquemment quant au caractère de curabilité ou d'incurabilité de la maladie. Une bonne anatomie pathologique du rectum serait donc de la plus haute importance. Aussi bien me suis-je proposé d'utiliser, autant que possible, ma position de médecin à la Salpétrière, pour payer à la science mon tribut à cet égard.

J'ai déjà eu occasion de parler des rétrécissemens du rectum par suite d'ulcères circulaires simples chroniques; j'ai dit que, dans ce cas, la cicatrisation était quelquefois un écueil; car les accidens de rétention datent du moment où s'établit le froncement circulaire, qui est la conséquence du travail de cicatrisation. Mais, indépendamment des ulcères chroniques du rectum, il est des inflammations chroniques de cet intestin, suite de dysenterie ou de toute autre cause, qui peuvent en imposer pour une dégénération cancéreuse, dont elles présentent toutes les apparences extérieures, si bien que l'extirpation de l'extrémité inférieure chroniquement enflammée du rectum a pu être faite dans des cas où il n'existait pas vestige de dégénération.

Les figures 1 et 1' vont fournir un exemple remarquable des désordres qui peuvent accompagner cette inflammation chronique.

Femme Moronval, 42 ans, mère de deux enfans, est entrée à la Salpétrière en 1834 comme incurable par suite d'un cancer du rectum. A son entrée, coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissemens; rétention des matières et des gaz; suintement purulent par l'anus; dépérissement, face jaune paille : j'introduis le doigt dans le rectum et je suis arrêté à six lignes de l'anus par un rétrécissement excessivement dur que je n'aurais pu franchir qu'avec beaucoup de difficulté.

Interrogée sur ce qui a précédé, la malade rapporte ses souffrances à un accouchement ou plutôt encore à une chute sur le fondement faite il y huit ans pendant qu'elle avait un enfant sur les bras; cette chute fut suivie de douleurs très vives au fondement, et de plusieurs abcès dont l'un s'ouvrit dans la cavité du vagin.

Un an après, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren qui la soulagea tellement par l'introduction des mèches qu'elle se crut guérie. Depuis cette époque, la malade répétait elle-même cette introduction toutes les fois qu'elle éprouvait des rétentions de matières fécales, lesquelles alternaient souvent avec des selles aqueuses continuelles. Ces rétentions de matières fécales se manifestaient par des crises tout-à-fait semblables à celles de l'étranglement : savoir, coliques, nausées, vomissemens, météorisme de l'abdomen.

Fondé sur l'absence de tout signe positif de dégénération cancéreuse, je diagnostiquai un rétrécissement par inflammation chronique du rectum. Je dilate graduellement cet intestin, je soumets la malade à un régime sévère, je fais prendre des bains de longue durée : le cours des matières se rétablit; l'appétit se ré-

(1) xxv^e livraison. Explication de la planche 3.

veille; la nutrition reprend toute son activité: au teint jaune paille succède la fraîcheur de la santé. Au bout de deux mois environ, la malade se croit guérie; je consens à ce qu'elle sorte de l'infirmerie sous la condition qu'elle reviendra me voir de temps à autre. Sa guérison apparente ne s'est pas démentie pendant trois ans, et je l'avais complètement perdue de vue, lorsqu'en juin 1837, elle vint de nouveau réclamer mes soins: les accidens de rétention s'étaient reproduits: j'imaginai de dilater l'intestin rétréci avec des bougies conoïdes en cire, d'un calibre graduellement augmenté; mais le soulagement fut moins complet que dans mes précédentes tentatives.

Depuis le mois de juin jusqu'au 19 novembre 1837, époque de sa mort, les accidens vont graduellement en augmentant: aux crises de rétention se joignent des accidens locaux qui tiennent à une recrudescence de l'inflammation du rectum; voici ces accidens: douleurs extrêmement vives qu'elle rapporte aux parties génitales externes et principalement à la commissure postérieure; besoin pressant d'aller à la selle avec épreintes, coliques expultrices qui partent de l'ombilic ou de l'arc du colon; selles vertes, selles muqueuses, mucus sanguinolent qui s'échappent sans que la malade puisse les retenir: la malade se plaint sans cesse des reins, de l'ombilic: grand sentiment de faiblesse; desir d'une fin prochaine.

La bouche et surtout la langue sont le siège d'érosions superficielles, irrégulières, très douloureuses. Efforts de vomissemens qui tiennent probablement plus à l'inflammation buccale qu'à l'estomac lui-même. La malade s'éteint le 19 novembre.

Ouverture du cadavre le 20. L'estomac est comme racorni, l'anneau pylorique extrêmement développé, la tunique musculeuse très forte. J'appelle cette hypertrophie *hypertrophie du pylore par vomissement.*

Œdème avec coloration violacée des lobes inférieurs des deux poumons. La sérosité découle spumeuse et rouge des incisions qu'on pratique dans la substance du poumon. Phlébite pulmonaire caractérisée par des caillots adhérens et décolorés occupant les principales divisions de l'artère pulmonaire, qui correspondent aux lobes œdémateux. Les caillots disparaissent dans les petites divisions.

Je distingue l'œdème rouge ou séro-sanguinolent de l'œdème séreux proprement dit. Et bien que ces deux espèces d'œdème reconnaissent pour cause un obstacle au cours du sang déterminé par l'obturation de l'artère pulmonaire, je suis fondé à regarder l'œdème séro-sanguinolent, dans lequel le tissu pulmonaire est dans un état voisin de l'apoplexie comme tenant plus souvent à une obturation des vaisseaux pulmonaires, que l'œdème séreux pur, dans lequel le tissu pulmonaire est décoloré.

Du reste, tous les autres organes sont parfaitement sains, à l'exception du rectum, qui a été représenté avec beaucoup de vérité, fig. 1, pl. 1, XXXIII^e livraison, et dont voici la description.

Les parois de cet intestin présentent un épaississement extrêmement considérable. La tunique muqueuse est détruite dans la presque totalité de la hauteur du rectum. Il n'en reste que des débris à sa partie inférieure et à sa partie supérieure. La surface interne de l'intestin offre un grand nombre d'ouvertures ou perforations, qui toutes aboutissent à des cavités en cul-de-sac, espèces de fistules borgnes internes, creusées dans l'épaisseur des parois de l'intestin, dont elles débordent à peine la surface externe. Les soies de sanglier, introduites dans quelques-unes de ces ouvertures et qui sortent par la surface extérieure de l'intestin, à travers des trous artificiellement pratiqués au fond du cul-de-sac, donnent une idée exacte de leur disposition; mais de tous ces culs-de-sac ou fistules borgnes internes, le plus remarquable se voit en FBI, point sur lequel j'ai fait tomber l'incision de l'intestin. Cette fistule communique très largement avec la cavité intestinale, et la communication a lieu de deux manières, 1° directement, 2° sous une espèce de pont que soulève sur la figure une soie de sanglier.

L'épaisseur des parois de l'intestin est remarquable. Cette épaisseur porte et sur la tunique fibreuse TF, et sur la tunique musculeuse TM, et sur le tissu cellulaire extérieur à la tunique musculeuse. Cet état hypertrophique de l'intestin, suite de phlegmasie chronique, a souvent été considéré par les observateurs comme une dégénération squirrheuse ou cancéreuse; mais une pareille erreur ne serait plus pardonnable aujourd'hui. A quelques lignes au-dessus de l'anus, sous la muqueuse soulevée et incomplètement détruite, se voit un clapier anfractueux, qui communique avec les parties génitales.

La figure 1′ donne une idée parfaitement exacte de la communication de l'intestin rectum avec la vulve, *fistule recto-vulvaire* FRV: de même que nous avons vu dans le rectum plusieurs ouvertures fistuleuses aboutir au même foyer, de même nous voyons plusieurs ouvertures fistuleuses, ouvertes à l'entrée du vagin, communiquer entre elles, et avec un foyer intermédiaire au rectum et à la vulve. Il importe de remarquer que c'était le même foyer ouvert par un si grand nombre d'ouvertures dans le rectum qui s'ouvrait par un non moins grand nombre d'ouvertures, à l'entrée du vagin. Ce foyer tendait encore à s'étendre; car il existait dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche un abcès, dont le produit n'aurait probablement pas tardé à se faire jour au-dehors. Un stylet, transversalement dirigé, indique la communication de toutes les ouvertures fistuleuses entre elles, et un autre stylet, dirigé obliquement d'arrière en avant et de bas en haut, pénètre du rectum dans le vagin ou plutôt du rectum dans la fosse naviculaire.

L'observation suivante vient parfaitement à l'appui de celle qui précède, pour établir la gravité de l'inflammation chronique du rectum et la possibilité de confondre son inflammation avec sa dégénération cancéreuse.

Inflammation chronique du rectum, suite de dysenterie, simulant une affection cancéreuse de cet intestin chez une jeune fille de vingt ans.

Florentine Gilliard, 20 ans, ayant le développement physique d'une petite fille de douze ans, non pubère, point de règles; point de poils au pubis; point de développement mammaire; est entrée à la Salpêtrière comme incurable, après avoir parcouru divers hôpitaux de Paris. Tout son mal siégeait à l'intestin rectum: suintement purulent continuel; excrétion involontaire et continuelle des matières fécales, sans qu'elle éprouvât jamais le besoin de les rendre. La petite malade ne va jamais sur le bassin. Jamais il n'y a eu rétention de matières fécales. Du reste, maigreur extrême, grande irritabilité nerveuse.

Voici les commémoratifs. La petite malade avait été élevée à la campagne, où on l'occupait à aller ramasser du bois, et il lui arrivait souvent de traverser pieds nus des ruisseaux très froids pendant qu'elle était couverte de sueur. A l'âge de treize ans, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise d'envies continuelles d'aller à la selle, et rendit du sang pur avec de grands efforts. Ce flux de sang avec épreintes, pour lequel rien ne fut fait, ne l'empêcha pas de continuer ses occupations, persista sans interruption pendant plusieurs années, et fut remplacé par un suintement purulent. Depuis un an, ses forces épuisées l'ont obligée de s'aliter et de venir à Paris, où elle a parcouru divers hôpitaux. Là on a tenté à plusieurs reprises de lui introduire des mèches qu'elle n'a pu supporter. Elle dit avoir été opérée trois fois, mais sans soulagement. J'ignore ce qu'elle entend par opération.

Diagnostic. D'après l'état actuel rapproché des commémoratifs, je diagnostiquai une inflammation chronique du rectum. Cette enfant avait en effet éprouvé une dysenterie, et le siège spécial et quelquefois exclusif de la dysenterie est dans l'intestin rectum. J'eus l'idée d'introduire le petit doigt dans le rectum; mais j'en fus empêché par l'irritabilité de la malade, qui se révoltait à la moindre tentative d'introduction. Elle se refusa également à des lavemens calmans, en sorte qu'aucun moyen local ne put être employé.

Pendant les huit mois qui s'écoulèrent depuis le moment de son entrée jusqu'à celui de sa mort, cette jeune fille présenta tous les caractères d'une fièvre de consomption, dont le point de départ était évidemment l'inflammation chronique et la suppuration du rectum. Je soupçonnais, en outre, la présence de tubercules dans les poumons; mais l'auscultation et la percussion ne m'apprirent rien à cet égard.

Le dépérissement était porté à un haut degré, bien que cette jeune fille prît une assez grande quantité d'alimens. Dans les derniers temps, le suintement purulent se fit par la vulve aussi bien que par l'anus. Une pleurésie latente accéléra sa fin.

Ouverture du cadavre. Poumons non tuberculeux. Le droit est parfaitement sain. Dans la plèvre gauche, deux verres de sérosité lactescente. Lobe inférieur du poumon gauche splénifié. Le périnée était criblé de petits trous ou pertuis capillaires. Il y avait également plusieurs petits trous à la vulve, dans la fosse naviculaire, entre la commissure postérieure et la membrane hymen. Tous ces trous aboutissaient au rectum, qui présente une perforation large, infundibuliforme au-dessus de l'anus. Il y avait donc *fistule recto-périnéo-vulvaire.* Outre l'ouverture unique du rectum et les pertuis périnéaux et vulvaires, se voyait un trajet terminé en bas en cul-de-sac (fistule borgne interne).

Examinant ensuite l'intérieur du bassin, je vis qu'il était rempli par une masse fortement indurée. L'S iliaque du colon présentait une densité qui dénotait manifestement une inflammation chronique. J'enlevai ensuite, pour mieux l'étudier, toute la masse indurée qui remplissait le bassin, en rasant les parois de cette cavité; mais quelque soin que je prisse, des portions de tissu cellulaire induré restèrent accolées aux os. Incisant alors le rectum par sa paroi postérieure, je reconnus un épaississement considérable des parois de cet intestin, qui était confondu avec le tissu cellulaire du bassin dans une induration extrêmement considérable.

Voici du reste la description fidèle de cet intestin. La partie inférieure du rectum est revêtue de membrane muqueuse dans l'espace d'un pouce; mais, au-dessus et dans l'étendue de sept à huit pouces, cet intestin est complètement dépourvu de membrane muqueuse et de membrane fibreuse, de telle sorte que la membrane musculeuse est à nu et se présente avec ses fibres circulaires devenues ici extrêmement robustes. Les parois de l'intestin sont d'ailleurs très épaisses, sans dégénération, et se confondent avec le tissu cellulaire ambiant, qui est fort dense. L'intestin offre d'ailleurs plusieurs perforations ou plutôt l'ouverture de plusieurs culs-de-sac, dont le fond ne déborde pas la surface externe de l'intestin. Plus haut, c'est-à-dire au niveau de l'S iliaque du colon, la muqueuse présente des pertes de substances irrégulières. Les îles de membrane muqueuse qui ont échappé à l'érosion ont des bords coupés à pic et sont libres de toute conti-

nuité avec les parties voisines. Ces pertes de substance de la muqueuse occupaient une étendue de six pouces en hauteur. Plus haut la membrane muqueuse était saine.

J'ai parlé d'une perforatiou large, infundibuliforme du rectum, située un peu au-dessus de l'anus et aboutissant à un grand nombre de pertuis périnéaux et vulvaires. A un pouce environ au-dessus, était une autre perforation infundibuliforme, qui aboutissait, ainsi qu'on va le voir, dans l'intérieur du bassin, pour constituer une *fistule recto-péritonéale.* Pour bien comprendre cette disposition, il convient de parler de celle des organes contenus dans le petit bassin. Derrière la symphyse était la vessie, et derrière la vessie le rectum, qui lui adhérait intimement. Point d'apparence d'organes génitaux internes, au moins au premier abord: cependant, à droite, apparaissait une portion de trompe, qui attestait que les organes générateurs étaient cachés par les adhérences qui unissaient la vessie au rectum. Et, en effet, écartant avec force la vessie du rectum, de manière à déchirer les adhérences, et, me servant de la trompe droite comme d'un conducteur, je suis arrivé à l'ovaire droit, à l'utérus, à l'ovaire et à la trompe gauches, tous organes dans un état d'atrophie complet, tels qu'ils sont chez une enfant de huit à neuf ans, et, chemin faisant, j'ai pénétré dans une grande cavité morbide, dont la paroi supérieure était formée par le rectum et la vessie rapprochés et intimement unis, la paroi inférieure par l'utérus et le vagin, la paroi antérieure par la vessie, la paroi postérieure par le rectum.

Cette vaste poche purulente, dans laquelle étaient contenus des pepins de groseilles appartenait au péritoine, et communiquait avec le rectum par le trajet infundibuliforme supérieur dont j'ai parlé, en sorte qu'il y avait ici fistule recto-péritonéale.

Réflexions. Ainsi, inflammation de la membrane muqueuse du rectum passée à l'état chronique; destruction par ulcération de cette membrane et inflammation chronique des tuniques fibreuse, musculeuse et péritonéale; inflammation chronique du tissu cellulaire et du péritoine du bassin; perforation par ulcération de l'intestin; fistule recto-périnéale, recto-vulvaire, recto-péritonéale; atrophie ou plutôt arrêt de développement des organes génitaux, englobés, pour ainsi dire, dans une inflammation chronique; épuisement par une suppuration excessivement abondante; mort accélérée par une pleurésie latente; fièvre de consomption: tel est le résumé de l'histoire de cette malheureuse enfant. L'examen cadavérique montre des traces profondes d'inflammation chronique, mais nulle part des traces de dégénération.

Le fait suivant établit que la possibilité de confondre l'inflammation chronique du rectum avec sa dégénération cancéreuse n'est pas seulement une vue *à priori*, une idée purement spéculative, mais que cette erreur a été commise et qu'une extirpation a été pratiquée.

Inflammation chronique du rectum. — Extirpation de la partie inférieure de cet intestin. — Incontinence des matières. — Mort par phthisie pulmonaire.

Femme Gruson (Victoire), âgée de 34 ans, était à la Salpétrière en septembre 1832, lorsque je pris le service de l'infirmerie: elle est morte phthisique le 4 décembre 1838. Cette femme me dit avoir été opérée d'un cancer au rectum, et, depuis cette époque, être dans l'impossibilité de retenir ses matières fécales, qui tombaient quelquefois par fragmens pendant la marche: aussi cette malheureuse s'était-elle condamnée à garder habituellement le lit.

L'examen de l'anus montrait une cavité infundibuliforme à base très large, toujours béante et incapable de contraction. Aucun suintement purulent n'avait lieu par l'anus. Les parties voisines étaient d'ailleurs parfaitement exemptes d'induration.

Cette malade étant morte, je dus m'assurer de l'état de l'intestin rectum, et je vis que les cinq derniers pouces de cet intestin étaient complètement dépouillés de membrane muqueuse, que cette membrane se terminait en haut par un rebord circulaire coupé à pic, libre, décollé, sans aucune continuité avec la surface sur laquelle la membrane muqueuse avait été détruite; que cette surface dépouillée de membrane muqueuse, était recouverte par une cicatrice fibreuse, parcourue par des colonnes également fibreuses, qui lui donnaient un aspect inégal; que les parois de l'intestin ne présentaient d'ailleurs aucune espèce d'hypertrophie; de telle sorte que la cicatrisation paraissait aussi complète que possible. Du reste, point de traces de sphincter, ni même de parois intestinales dans l'infundibulum qui terminait en bas le rectum.

Réflexions. Je crois être fondé à penser que l'observation qu'on vient de lire présente un

exemple d'une inflammation chronique du rectum; que la partie inférieure de cet intestin, indurée et rétrécie, a été considérée comme frappée de dégénération. Il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'un traitement antiphlogistique, employé en temps utile, aurait pu obtenir une guérison exempte de la dégoûtante infirmité qui résulte du défaut de moyens actifs de rétention des matières fécales.

A la suite de cette observation, on me pardonnera d'en rapporter une que j'ai recueillie pendant que j'étais externe à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Dupuytren, et qui se rapporte à mon sujet. Je ne changerai rien à la rédaction, bien qu'elle se ressente de mon âge et de mon peu d'habitude d'observation. Je n'avais alors que vingt ans.

Fistules à l'anus très nombreuses compliquées de beaucoup de callosités, de rétrécissement au rectum, de dévoiement et de renversement du vagin.

Une femme, âgée de 50 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 15 juillet 1810 pour des fistules nombreuses à l'anus. Ces fistules occupaient le pourtour de l'anus à droite et à gauche, surtout à droite, où quelques-unes s'étendaient jusqu'au milieu de la fesse. Cette malade avait, en outre, un renversement du vagin. Le doigt indicateur, introduit dans l'intérieur du rectum, reconnaissait un rétrécissement circulaire, que M. Dupuytren jugea être de quatre pouces de hauteur. Aussi la malade ne pouvait-elle aller à la selle qu'avec de très grandes douleurs, et cela toujours en dévoiement. Cette malheureuse, regardée comme incurable dans un autre hôpital et renvoyée comme telle, n'était venue à l'Hôtel-Dieu que dans l'espoir de trouver un soulagement à ses maux, puisqu'on ne pouvait les guérir. Voici une description plus détaillée de l'état local :

Sur la marge de l'anus étaient un grand nombre d'orifices fistuleux, environnés de callosités très dures et proéminentes. Une seule était sur la fesse gauche; mais on en voyait huit sur la droite, et les plus éloignées correspondaient, comme nous l'avons dit, au milieu de la fesse. Lorsqu'on pressait les environs de ces fistules, on en faisait sortir du pus, mêlé à des matières évidemment fécales. Le vagin renversé formait en devant une volumineuse saillie, et, de plus, comme je l'ai dit, le rectum était rétréci à une grande hauteur. Quel parti prendre? Abandonnera-t-on la malade à elle-même? mais elle périra infailliblement après un long cercle de douleurs. Tentera-t-on l'opération usitée pour les fistules à l'anus? mais combien ne sera-t-elle pas grave? quelles nombreuses et profondes incisions à pratiquer? Le rectum pouvait être squirrheux; d'un autre côté, l'opération offrait seule des chances de guérison. Le rétrécissement de l'intestin était très probablement l'effet de callosités et non de dégénération squirrheuse. Le renversement du vagin n'était évidemment point une contre-indication. Les inconvéniens et les avantages bien pesés, M. Dupuytren se décida pour l'opération qu'il crut devoir faire en plusieurs temps, et aborda de suite le traitement.

Le 16 juillet 1810, la malade, couchée sur le côté gauche, ayant les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, la fesse droite relevée par un aide, M. Dupuytren introduisit un stylet dans l'orifice fistuleux du côté gauche, et parvint sans peine dans l'intérieur du rectum par une ouverture interne qui était très près de l'anus. Au stylet il substitua une sonde cannelée mousse avec cul-de-sac, faute d'une sonde cannelée, pointue et sans cul-de-sac; puis, accrochant avec le doigt l'extrémité de la sonde, qui faisait saillie dans le rectum, il la ramena au-dehors, et d'un seul coup de bistouri divisa tout ce qui se trouvait au-devant de la sonde. Pour faire cette incision, il eut besoin d'employer beaucoup de force; car les parties avaient une dureté presque cartilagineuse. Le trajet fistuleux était lisse, organisé comme une membrane muqueuse, mais si bien organisé, que, si on en avait disséqué une portion pour la comparer avec la membrane de l'urèthre, l'œil le plus exercé n'aurait pu y découvrir aucune différence. Cette remarque est applicable à toutes les fistules. Un fluide s'épanche-t-il hors des réservoirs qui le contiennent dans l'état naturel, la nature forme sur-le-champ une membrane muqueuse, qui, d'abord grossière, acquiert bientôt le plus haut degré de perfection : il serait difficile d'en trouver une mieux organisée que dans le cas qui nous occupe. Là se borna l'opération pour ce jour-là. On remit à un autre moment les autres opérations que nécessitaient les autres trajets fistuleux. La malade fut pansée comme à l'ordinaire, c'est-à-dire à l'aide d'une mèche de charpie, introduite entre les bords de la plaie. Une autre mèche fut portée dans le rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement, et on recommanda à la malade de retenir ses selles jusqu'au pansement du lendemain; mais elle ne put pas le faire : on la trouva dépansée et salie par les matières fécales. On se contenta ce jour-là d'un simple pansement; mais, le lendemain 18, M. Dupuytren voulut réunir les trajets fistuleux de la fesse droite; introduisant un stylet dans l'orifice fistuleux le plus éloigné de l'anus, il le fit arriver à celui qui lui parut le plus proche, et, ayant substitué au stylet une sonde cannelée, il incisa l'espèce de pont qui les séparait; aussitôt s'écoula une assez grande quantité de sang, mais en nappe. On l'arrêta de suite en introduisant de

la charpie entre les deux lèvres de la plaie. La mèche du rectum fut renouvelée; on laissa reposer la malade deux jours, et, le 20 juillet, M. Dupuytren se disposa à terminer cette laborieuse opération. D'abord, cherchant à rencontrer le trajet fistuleux avec une algalie de femme, il vit qu'il existait encore, entre deux orifices fistuleux, un petit pont qu'il incisa comme les jours précédens, après quoi il se mit de nouveau à la recherche du trajet fistuleux qu'il trouva presque immédiatement. L'algalie s'enfonça d'elle-même du côté du rectum jusqu'à trois pouces environ de profondeur; puis, portant dans le rectum le doigt, graissé de cérat, il sentit bien la sonde, mais pas encore à nu; alors, la faisant tourner légèrement, sans presque la pousser, il la fit pénétrer sans violence dans l'intestin, à l'endroit du rétrécissement, c'est-à-dire aussi haut que le doigt pouvait aller : il resta un moment indécis s'il devait continuer ou non l'opération; mais l'idée de la mort inévitable de la malade, s'il l'abandonnait, l'eût bientôt fait revenir à son premier dessein. Une sonde cannelée pointue, fut conduite sur l'algalie, qu'on retira : à l'aide du gorgeret de bois d'ébène, on alla saisir l'extrémité de la sonde. Un couteau d'amputation aurait été nécessaire pour inciser l'épaisseur énorme de chairs comprises entre les deux instrumens; cependant, comme on n'en avait pas sous la main, on fut contraint de se servir du bistouri, qui fut choisi le plus long possible. On le fit glisser dans la cannelure de la sonde jusque dans la gouttière du gorgeret; mais ce ne fut qu'en s'y reprenant à quatre ou cinq fois qu'on pût terminer l'opération. De petits jets artériels se voyaient de toutes parts. La compression devait suffire pour arrêter l'hémorrhagie; la ligature aurait d'ailleurs été extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, vu la profondeur de la plaie et l'engorgement des parties environnantes. On remplit donc de charpie cette plaie, qui avait quatre pouces au moins de profondeur et deux ou trois de largeur. Une mèche d'un calibre considérable fut portée au-dessus du rétrécissement dans la double intention de le dilater et d'empêcher l'hémorrhagie. Plusieurs gâteaux de charpie, plusieurs compresses longuettes, appliquées par-dessus, furent soutenues par plusieurs tours d'une bande, préalablement fixée par plusieurs circulaires autour du bassin.

L'hémorrhagie, qu'on avait lieu d'appréhender, n'eut pas lieu. Une constipation très grande succéda au dévoiement opiniâtre qui avait tourmenté la malade depuis très long-temps. Le dégorgement des bords des plaies s'opéra avec une extrême rapidité. Trois ou quatre jours après, la malade se plaignit de vomissemens bilieux et de douleurs très vives au bras gauche, sur lequel, par précaution, on avait ouvert un cautère. Un érysipèle s'était manifesté au bras. Un vomitif fit cesser ces vomissemens et rétablit les évacuations alvines; cependant l'érysipèle du bras suivait son cours et faisait tellement souffrir la malade, qu'elle ne pouvait reposer ni le jour ni la nuit. M. Dupuytren n'était pas fâché de la présence d'un érysipèle qui pouvait détourner les humeurs des organes intérieurs. Le 28 juillet, la malade se plaignit d'une violente douleur de côté, et, deux jours après, cette douleur se transporta à la jambe avec tant d'intensité, qu'elle faisait taire celle du bras. Un abcès, qui s'était manifesté du côté interne de cette dernière partie, se vida, le 31, par la plaie du cautère. Le soir du même jour, la douleur du bras était devenue plus forte que celle de la jambe. Ne voit-on pas dans tout cela une cause de maladie se jeter, heureusement pour la malade, sur des parties extérieures qu'elle quitte et envahit alternativement. Le cautère n'avait pu suppléer à l'évacuation, qui se faisait par les fistules. Une inflammation s'est déclarée tout autour. Le cautère et l'inflammation du bras n'ayant pas suffi pour épuiser la cause morbide, elle est allée encore exercer ses ravages sur la jambe. Le 29 juillet, la cuisse devint douloureuse; pour fixer la cause morbifique en un point où elle pût exercer impunément ses ravages, on ordonna l'application d'un cautère à la jambe; mais ce cautère ayant été appliqué par un élève peu instruit à la partie postérieure de la jambe, on le fit supprimer et appliquer antérieurement. Le 3 août, le bras étant très douloureux et ayant fourni une quantité considérable de pus, une algalie de femme fut introduite dans l'ouverture du cautère, et parvint jusqu'au foyer purulent à la partie interne du bras. Une sonde cannelée fut substituée à l'algalie. Une contre-ouverture fut pratiquée à l'endroit où sa pointe faisait saillie. Le pus s'écoula en grande quantité, et la malade fut soulagée; mais bientôt de nouveaux abcès se firent, et la malade succomba à cette diathèse purulente.

Réflexions. Aujourd'hui ce ne serait pas à la *diathèse purulente*, mais à une phlébite que nous rapporterions les accidens consécutifs à l'opération. L'expérience m'a appris que rien ne favorise au plus haut degré le développement de la phlébite que les opérations faites en plusieurs temps. Les incisions qui portent sur des parties déjà enflammées par une opération antérieure font très aisément passer la phlébite, d'adhésive qu'elle était d'abord, à l'état de phlébite suppurative.

Relativement à la nature de l'altération du rectum, l'autopsie cadavérique pouvait seule déterminer d'une manière positive son véritable caractère, et je ne sais pas si elle a été pratiquée; mais j'ai trop de confiance dans la sagacité et dans les connaissances profondes

en anatomie pathologique du grand chirurgien qui a si puissamment concouru à en propager l'étude parmi nous, pour conserver le moindre doute à cet égard. Ainsi, suivant toutes les probabilités, une inflammation chronique du rectum a eu lieu, une ulcération circulaire s'est faite au niveau de la portée du doigt. Cette ulcération a entraîné une inflammation dans le tissu cellulaire du bassin. L'inflammation s'est terminée par suppuration et par induration. Des trajets fistuleux multiples, aboutissant tous à ce trajet fistuleux primitif unique, se sont organisés; le passage continuel des matières a entretenu une inflammation chronique et des callosités qui se seraient probablement dissipées avec la cause qui les entretenait.

Cancer gélatiniforme du rectum.

Le rectum, comme toutes les autres parties du canal alimentaire est sujet au cancer gélatiniforme, que je suis fondé à considérer comme une des formes les plus fréquentes, sinon la plus fréquente, du cancer des voies digestives.

Le fait suivant est un des plus intéressans que j'aie eu occasion d'observer.

Rétention de matières fécales par cancer gélatiniforme du rectum.—Ténesme.—Glaires sanguinolentes par l'anus. — Grossesse. — Accouchement. — Mort. (Fig. 2, Pl. 1.)

Madame Martin, 30 ans, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, est prise, en avril 1837, d'accidens d'étranglement, ou mieux de rétention de matières fécales accompagnés d'épreintes continuelles et d'expulsion par l'anus de glaires sanguinolentes.

Cette crise qui dura 15 jours, se renouvela cinq fois depuis le mois d'avril jusqu'au 29 octobre, époque à laquelle je fus appelé en consultation. La malade était alors en proie à une sixième crise. Je la trouvai dans l'état suivant. Abdomen très volumineux, météorisé; les intestins grêles et surtout les gros intestins, se dessinent à travers les parois abdominales amincies, et dans les momens de douleur, l'abdomen devient dur, bosselé. Efforts continuels pour aller à la selle. Expulsion douloureuse de glaires sanguinolentes sans matières fécales.

Persuadé qu'il existait un obstacle mécanique au cours des matières, et que cet obstacle existait dans le rectum, j'explorai par le toucher: 1° le vagin, et je reconnus que le museau de tanche était sain, et à travers la paroi postérieure du vagin, je sentis une tumeur qui semblait naître de la face postérieure de l'utérus et proéminer du côté du rectum. 2° L'exploration par le rectum m'apprit qu'une volumineuse tumeur remplissait l'excavation du bassin, et que cette tumeur très dure ne pouvait pas être déplacée. Le doigt, dirigé en avant, c'est-à-dire du côté de la paroi antérieure du rectum, rencontrait une ouverture étroite, mais assez considérable pour recevoir l'index, ouverture cylindrique dans laquelle mon doigt s'engageait, mais dont il ne pouvait pas sentir le fond. Il me sembla que cette ouverture ou perte de substance était dirigée horizontalement d'arrière en avant du côté de la face postérieure de l'utérus; je me demandai si je n'avais pas affaire à un cancer de l'utérus qui aurait affecté primitivement le corps de cet organe, le col étant intact, et plus particulièrement la partie postérieure du corps et se serait dirigé vers le rectum, qu'il aurait perforé. Y aurait-il eu grossesse extra-utérine; les symptômes d'étranglement seraient-ils le résultat de la compression exercée sur le rectum, et la perte de substance un effort conservateur pour expulser les débris du fœtus. Dans cette hypothèse, je recommande de faire une grande attention aux matières fécales. Du reste, je le dis avec franchise et avec une sorte de confusion, je ne pensai nullement à une maladie primitive du rectum, à un rétrécissement circulaire du rectum, tant était grande l'illusion que m'avait causé la direction suivie par le doigt explorateur pour pénétrer dans l'ouverture ou perte de substance: en effet, porté en arrière, en haut, de l'un ou de l'autre côté, le doigt ne sentait rien; porté d'arrière en avant, et dans une direction horizontale, le doigt pénétrait dans la perte de substance.

Mon diagnostic était donc celui-ci: dégénération de l'utérus occupant la région postérieure du corps de cet organe, dégénération propagée jusqu'au rectum qu'elle comprimait; rétention des matières fécales par suite de cette compression; en outre, ouverture de la masse dégénérée dans le rectum.

Voici d'ailleurs les commémoratifs: madame Martin a eu deux enfans, le premier il y a cinq ans, le second il y a deux ans et quatre mois. La dernière grossesse fut très malheureuse: la malade commença à devenir infiltrée à un mois et demi de grossesse; l'infiltration qui avait débutée par les jambes, s'étendit à toutes les parties du corps, et même au col. La malade fut saignée sept fois, et l'enfant vint mort au terme de sept mois.

Au moment de ma visite, la malade se croyait grosse de quatre mois; car depuis cette époque il y avait suppression des règles, et malgré sa maigreur, les mamelles avaient plutôt augmenté que diminué; en outre, elle croyait sentir remuer, sensation que je rapportai, non à une grossesse, mais à la rétention des matières et au déplacement des gaz.

Je prescrivis des demi-bains, pris aussi chauds que la malade pourrait les supporter, des fomentations brûlantes et incessamment renouvelées avec camomille et vinaigre; un purgatif avec l'huile douce de ricin, qui devait être administré dans le cas où les autres moyens auraient échoué. Les symptômes d'étranglement cessèrent et le ventre se détuméfia par suite de l'émission d'une énorme quantité de gaz; le purgatif fut donné.

Cependant les crises se rapprochaient de plus en plus; la malade, pleine de vie, conservait encore un excellent appétit, et dans l'intervalle des crises reprenait un espoir que de nouvelles crises venaient bientôt dissiper. Il était de la dernière évidence qu'il existait un obstacle mécanique au cours des matières fécales, que là était tout le mal, et d'un autre côté comment le faire cesser? il fallait guérir la cause, c'est-à-dire la dégénération que je supposais s'être étendue de l'utérus au rectum.

Cet état se prolongea jusqu'au mois de mai 1838. Je ne visitais la malade que de loin en loin, et seulement lorsqu'elle me faisait prévenir; son chirurgien, M. Sobaud, lui donnait les soins les plus assidus. Au mois de février, je m'étais aperçu que le ventre de la malade augmentait beaucoup de volume, et je pus circonscrire à l'hypogastre une tumeur molle que je crus être la vessie; mais comme je ne voyais la malade que dans les momens de crise, je pus croire à une rétention d'urine, et j'engageai M. Sobaud son chirurgien à s'assurer de l'état de la vessie. L'idée d'une grossesse ne me vint jamais à l'esprit, je ne la croyais pas possible dans l'état où se trouvait la malade. J'étais d'ailleurs certain que la malade n'était pas grosse au moment des premières explorations, et la malade redoutait tellement un nouvel examen, que je ne crus pas devoir m'y livrer, ne conservant aucun doute sur la nature de la maladie. Je fus donc étrangement surpris, lorsqu'à la fin de mai, on vint me chercher en toute hâte pour madame Martin, qui était en mal d'enfant. Je trouvai M. Sobaud, qui tenait un pied au dehors et qui éprouvait les plus grandes difficultés à dégager l'autre, attendu que la tumeur remplissait l'excavation du bassin et ne laissait pas d'espace pour l'introduction de la main. Je fus assez heureux pour triompher de cette difficulté; l'enfant vint mort, au terme de sept à huit mois. La malade, réduite au plus grand degré de marasme, ne put résister à une pareille secousse, elle succomba le quatrième jour de l'accouchement.

L'état de grossesse que nous n'avions pas reconnu avait suggéré aux parens quelque méfiance sur l'exactitude du diagnostic que nous avions porté sur la maladie, et plusieurs des membres de la famille étaient persuadés que la tumeur dont nous avons parlé n'était autre chose qu'une grossesse commençante; en conséquence ils demandèrent eux-mêmes l'autopsie à laquelle ils appelèrent un médecin en qui ils avaient toute confiance.

L'autopsie nous démontra (fig. 2, pl. 1, 33e livr.) qu'à trois pouces environ de l'anus, le rectum présentait une dégénération cancéreuse gélatiniforme C G R qui formait un cylindre à parois extrêmement épaisses, à canal extrêmement étroit, ayant 3 pouces de hauteur. Cette partie dégénérée adhérait à l'utérus et au vagin : la couche superficielle du col de l'utérus avait participé à la dégénération, et il n'est pas douteux que plus tard cette participation eût été complète. Le col utérin était bien plus laceré qu'il n'a coutume de l'être dans les accouchemens ordinaires, ce qui tient probablement à la fragilité qu'il avait acquise.

L'étude de la portion dégénérée m'apprit (voyez fig. 2) : 1° que la membrane muqueuse avait été détruite dans toute l'étendue de l'altération. Un bord lacinié établissait exactement la limite de cette membrane. La membrane fibreuse sous-jacente à la muqueuse manquait également dans une grande étendue; la membrane musculeuse avait même été envahie dans ses couches les plus profondes. La coupe de l'intestin montre son épaisseur considérable, et la part que prend à cet épaississement et la tunique musculeuse qui offre en bas six lignes d'épaisseur, et le tissu cellulaire sous-péritonéal. La portion d'intestin, placée immédiatement au-dessus de la dégénération, présentait une dilatation considérable et en outre un prolongement conoïde C qui était le résultat de la stagnation des matières fécales au-dessus de l'obstacle et des efforts auxquels la malade se livrait pour leur expulsion.

La partie inférieure du rectum est quelquefois le siége du cancer gélatiniforme. Voici la description anatomique d'un cancer de la partie inférieure du rectum, qui a été observé chez une vieille femme, et qui offre cette particularité, que la matière gélatiniforme est contenue dans des kystes de diverses dimensions, fortement pressés les uns contre les autres, en sorte qu'on pourrait appeler cette forme de cancer, *cancer gélatiniforme enkystée*.

L'anus était entouré d'une multitude de bosselures d'inégal volume, dont plusieurs considérables étaient surmontées de bosselures plus petites, en sorte que l'ouverture anale occupait le fond d'un infundibulum extrêmement profond. Deux ulcérations se voyaient à l'entrée de l'anus.

Le rectum présentait à une petite distance de l'orifice anal, une ulcération en forme de zone; elle était profonde, avait détruit toute l'épaisseur du rectum dans une partie de sa circonférence et communiquait avec des clapiers qui pénétraient jusque dans l'épaisseur de la peau dégénérée qui avoisinait l'anus.

La dégénération qui avait donné au rectum une énorme épaisseur s'arrêtait brusquement à 3 pouces de l'anus: immédiatement au-dessus, le rectum présentait une hypertrophie considérable dans sa membrane musculaire. Cette dégénération, qui avait tous les caractères du cancer gélatiniforme, m'a offert dans ses deux tiers supérieurs une disposition que je n'avais point encore rencontrée. Qu'on imagine une multitude d'acéphalocystes d'inégal volume dont quelques-unes avaient le développement d'un œuf de pigeon, fortement pressées les unes contre les autres et contenues dans une trame fibreuse, et on aura une idée assez exacte de cette altération; mais ce n'étaient point des acéphalocystes. L'enveloppe de chaque kyste était fibreuse, très dense et très mince: la matière contenue tout-à-fait semblable à de la gelée de pomme, à la surface de laquelle se voyait une matière crétacée représentant exactement pour l'aspect la matière crétacée qui couvre les excrémens des oiseaux. Cette matière crétacée contenait des concrétions ou grains calcaires. Au centre de la matière gélatiniforme se voyaient deux ou trois vaisseaux sanguins semblables à ceux qui se forment dans le germe du poulet, vaisseaux sans parois, terminés par un renflement à l'une de leurs extrémités.

La trame fibreuse au milieu de laquelle étaient contenus ces kystes était évidemment constituée par les membranes du rectum. J'y ai reconnu les fibres longitudinales de cet intestin; on y voyait, en outre, du tissu adipeux, preuve évidente que ces kystes avaient acquis leur développement du côté du tissu adipeux du bassin.

Le tiers inférieur du rectum ne présentait pas le moindre vestige de kystes, mais bien un tissu aréolaire à mailles fibreuses, rempli comme une éponge, de matière gélatineuse qu'on exprimait avec la plus grande facilité; cette dégénération s'étendait dans l'épaisseur de la peau; une pellicule extrêmement mince, presque épidermique avait résisté et recouvrait les bosselures de sa surface; au voisinage de l'ulcération en zone du rectum, la matière gélatiniforme n'avait subi aucun changement, seulement elle était parcourue par un plus grand nombre de vaisseaux sanguins.

En arrière du rectum était une masse aréolaire gélatiniforme, dont toutes les aréoles présentaient des vaisseaux sanguins.

Réflexions. Le cancer aréolaire gélatiniforme est le plus fréquent de tous les cancers du canal digestif. La forme enkystée ne devra pas surprendre, si on admet que le cancer a son siège dans le réseau capillaire veineux. On a peine, au premier abord, à placer une dégénération dans laquelle on trouve une organisation si parfaite à côté de la dégénération encéphaloïde, qui ressemble si souvent à une désorganisation; mais on ne saurait nier que le cancer aréolaire gélatiniforme et le cancer encéphaloïde ne se ressemblent quant aux caractères fondamentaux. Une des différences principales, c'est que le cancer aréolaire gélatiniforme n'est pas susceptible, comme l'encéphaloïde, de ce travail inflammatoire qui amène le gangrène, de ces épanchemens de sang, de ces foyers apoplectiques qui font quelquefois méconnaître la nature du tissu: il ne présente qu'un seul mode de destruction, l'usure par couches successives. Cette usure, quelquefois rapide, permet d'ordinaire la circulation des matières alimentaires, un moment interrompue par l'accroissement illimité et souvent très prompt des parties dégénérées, en sorte qu'aux accidens les plus graves de rétention succèdent des accidens moins graves qui consistent dans un dépérissement plus ou moins lent, avec ou sans diarrhée. Voici un exemple de cancer gélatiniforme du colon, qui donne une bonne idée de la manière dont procède la destruction des parties qui en sont le siège.

Cancer aréolaire gélatiniforme du colon ascendant.

M. le docteur Guérard, agrégé de la faculté, a présenté à la société anatomique un colon ascendant complètement dégénéré. La limite inférieure de cette dégénération était la valvule iléo-cœcale, en sorte que le cœcum et son appendice étaient parfaitement sains de même que la valvule iléo-cœcale. Ce colon ascendant qui n'avait pas le tiers de sa hauteur accoutumée, formait une poche à parois extrêmement épaisses, à surface

externe bosselée. La tranche ou coupe de la tumeur présentait des cellules ou aréoles remplies par une matière semblable à de la gelée, matière qui, à l'analyse chimique, n'a donné que de l'albumine. La surface interne du colon était le siège d'une usure progressive, qui dans deux points avait fait de tels progrès que la perforation était sur le point de s'effectuer.

Du reste, il était bien difficile, au milieu d'une pareille dégénération, de faire la part des diverses tuniques de l'intestin. Une des bandes musculaires longitudinales très saine, avait été repoussée à la surface de la tumeur.

Autour du rectum, d'ailleurs intact, il existait une grande masse de substance de même nature.

Cette dégénération n'avait donné lieu à aucun symptôme d'obstacle au cours des matières : il y avait tantôt constipation, tantôt diarrhée. On avait senti au-dessous du foie la tumeur formée par le colon ascendant dégénéré, sans avoir pu préciser ni le siège, ni la nature de cette tumeur.

MALADIES DE LA RATE.

(PLANCHE IV, XXXI[e] LIVRAISON.)

FOYERS SANGUINS. — TUBERCULES.

La fig. 1 représente la rate d'un blessé de 1830, dont les poumons et le foie étaient farcis de foyers purulens. Je ne doute pas que les foyers sanguins, ou plutôt les indurations rouges représentées sur cette coupe, ne doivent être considérés comme le premier degré de foyers purulens qui se seraient probablement formés si le malade eût vécu plus long-temps. La preuve de cette assertion se trouve dans le mode de développement des abcès traumatiques du foie et du poumon, qui débutent toujours par des indurations rouges assez semblables à l'apoplexie capillaire, c'est-à-dire à une apoplexie dans laquelle le sang est infiltré dans le tissu au lieu d'être ramassé en foyer. La preuve de cette assertion se trouve encore dans ce fait, que dans les abcès traumatiques tous les foyers ne sont pas contemporains; qu'on trouve des indurations rouges, des indurations avec commencement de suppuration, à côté d'abcès bien formés, et cela non-seulement dans divers organes, mais encore dans le même organe.

Les fig. 2 et 2' appartiennent à un blessé de février 1832, également mort à la suite de foyers purulens du foie et des poumons, et l'altération qu'elles représentent me paraît devoir être classée dans la même catégorie.

La fig. 3 appartient à un phthisique de dix à douze ans, mort avec des tubercules dans les poumons, dans les ganglions bronchiques et dans les ganglions abdominaux. A la racine de la rate se voient plusieurs ganglions tuberculeux GT. La rate est parsemée de tubercules irréguliers. Son tissu est remarquable par une couleur brun foncé. Plusieurs tubercules sont à l'état naissant, et entourés d'un tissu induré.

Les fig. 4 et 4' représentent la rate d'un jeune enfant de quatre ans, mort phthisique avec dégénération tuberculeuse des ganglions mésentériques. Le foie était parsemé d'une multitude de très petits tubercules miliaires parfaitement transparens, sensibles au toucher plus encore qu'à la vue, et comme interposés aux grains glanduleux hépatiques : ces tubercules n'étaient plus reconnaissables à la vue, bien qu'ils le fussent toujours au toucher, après une immersion du foie dans l'eau alcoolisée.

Les tubercules de la rate (fig. 4 et 4') étaient extrêmement multipliés : ils étaient blancs et plus avancés que ceux du foie, à supposer que les petits tubercules du foie fussent de même nature.

L'existence d'une forme de tubercules excessivement petits, parfaitement transparens, sensibles plutôt au toucher qu'à la vue, a été signalée dans les poumons. J'ai eu plusieurs fois occasion de la rencontrer dans le foie. Ces tubercules se prêtent parfaitement à l'hypothèse des tubercules préexistans à la manifestation de la phthisie pulmonaire, et pouvant demeurer à l'état latent pendant un grand nombre d'années.

Considérations générales. — Les lésions de la rate méritent d'autant plus de fixer l'attention des observateurs, que cet organe a une structure plus spéciale, et peut être ramené par la dissection et les injections à un tissu érectile, à un réseau veineux, dans lequel une grosse artère est chargée de verser le sang que rapporte au foie une grosse veine, qui forme à elle seule la moitié du sang de la veine-porte. Les lésions de la rate peuvent donc jusqu'à un certain point être considérées comme ayant leur siège dans un réseau veineux, et le parallèle de ces lésions et de celles analogues qui surviennent dans d'autres tissus peut jeter le plus grand jour sur la question du siège immédiat des lésions organiques en général. L'hypertrophie est à-peu-près la seule lésion de la rate qui ait été bien étudiée et dans l'altération qui la constitue et dans ses connexions avec les fièvres intermittentes, et cependant que de choses encore à faire sur cette hypertrophie, que j'ai rencontrée chez des personnes qui n'avaient jamais éprouvé un seul accès de fièvre intermittente, et dont l'excellente santé, la fraîcheur de la peau, étaient bien peu en rapport avec cette augmentation de volume. Je donne mes soins depuis plusieurs années à une jeune femme dont la rate énorme se concilie avec l'état de santé le plus florissant. Je redoutais pour elle les conséquences d'une grossesse commençante, cependant la gestation et l'accouchement se sont parfaitement bien passés. Une seconde grossesse a été aussi heureuse, et la rate a conservé le volume extrêmement considérable qu'elle avait auparavant. Jamais cette jeune femme n'a éprouvé de fièvre intermittente : elle est douée d'un très grand embonpoint.

La rate est assez souvent le siège de l'inflammation, et ce qu'on appelle hypertrophie de la rate me paraît n'être, dans bien des cas, que la conséquence d'une inflammation subaiguë, terminée par induration. La preuve, c'est que la rate est sensible à la pression; c'est qu'on peut combattre efficacement l'hypertrophie douloureuse à l'aide des moyens antiphlogistiques locaux, des emplâtres fondans, etc.; c'est que, au milieu et plus souvent encore à la circonférence de cette rate indurée, on rencontre, à l'autopsie, du pus infiltré.

Les foyers purulens de la rate sont assez rares. J'en ai vu un exemple fort remarquable et par lui-même et par les circonstances qui l'ont accompagné. On nous présenta à la société anatomique une rate creusée d'un vaste abcès. Cette rate adhérait à l'estomac, dont la grosse extrémité offrait une perte de substance qu'on croyait consécutive à l'abcès. L'examen attentif des parties me fit reconnaître que la grosse extrémité de l'estomac était le siège d'un ulcère chronique, en très grande partie cicatrisé et cerné par un rebord circulaire, coupé à pic; que, au centre de cet ulcère, il s'était établi un travail d'érosion qui avait détruit toute l'épaisseur de l'estomac, et que, dans les parties détruites, la rate faisait l'office d'un véritable obturateur. La formation d'un abcès dans l'épaisseur de la rate n'est pas difficile à expliquer dans de pareilles circonstances.

Les foyers purulens multiples, suite de plaies et d'opérations chirurgicales, sont beaucoup plus rares dans la rate que dans le foie et les poumons. J'ai cherché à me rendre compte de cette circonstance qui semble, au premier abord, en opposition avec mes idées sur la phlébite, comme source de tous ces accidens consécutifs. Je me suis souvent demandé comment il se faisait que la rate, que le corps caverneux de la verge et de l'urèthre, lesquels ont essentiellement une structure veineuse, ne présentassent pas plus souvent les lésions dont je crois avoir constaté le siège dans le système veineux. A cela je réponds que le sang, infecté par son mélange avec le pus, paraît traverser plus aisément le réseau veineux de la rate que celui de la plupart des autres organes; que le réseau veineux à larges mailles de la rate semble être organisé pour n'être qu'un lieu de passage; qu'il communique très largement avec les grosses veines; et que c'est probablement à cette circonstance qu'il faut rapporter l'intégrité de la rate au milieu de tant d'autres lésions qui attestent une infection générale. J'ai appliqué le même raisonnement aux reins, organes si éminemment vasculaires, que je n'ai pas trouvés une seule fois altérés dans les grandes lésions qui sont la suite des plaies et des opérations chirurgicales; de même que, dans mes expériences, sur les injections mercurielles dans les veines, je n'ai jamais trouvé le mercure arrêté dans les capillaires du rein: et pourtant qui pourrait douter que le même sang qui va infecter, enflammer le foie, les poumons, les séreuses, les synoviales, ne traverse un très grand nombre de fois le tissu des reins. Mais on connaît l'extrême perméabilité du tissu rénal, la facilité en quelque sorte typique du passage des injections, poussées par les artères dans les veines rénales et dans les conduits excréteurs.

Ce que je dis de la suppuration de la rate par foyers disséminés s'applique parfaitement à la tuberculisation de ces organes. Un fait positif, c'est que la phthisie tuberculeuse pulmonaire entraîne très rarement la formation de tubercules spléniques chez l'adulte. Je ne sais même pas si j'en ai rencontré un seul exemple chez les nombreux phthisiques adultes que j'ai eu occasion d'ouvrir. Les tubercules spléniques au contraire ne sont pas sans exemple dans les phthisies qui surviennent depuis cinq jusqu'à douze, quinze ans.

Je ferai la même observation pour le cancer de la rate que pour les tubercules, et pour les foyers purulens traumatiques. Rien de plus rare. Ainsi, tandis que le foie, soit primitivement, soit consécutivement, est si souvent le siège de masses cancéreuses disséminées; la rate n'en présente jamais ou presque jamais dans les mêmes conditions. Je ne crois pas avoir rencontré de tubercules cancéreux ou tumeurs cancéreuses de la rate, même dans le cas où l'infection était la plus générale.

La rate est sujette à la production de ces corps singuliers, qu'on appelle acéphalocystes. J'en ai vu plusieurs exemples.

MALADIES DE LA RATE.

(PLANCHE I, XXXV^e LIVRAISON.)

Kystes acéphalocystes de la rate.

Les kystes acéphalocystes appartiennent à ces productions accidentelles qui peuvent se développer dans tous les tissus, dans tous les organes. L'idée *à priori* de Bichat, qui pensait que chaque tissu avait ses altérations propres, et que les altérations générales, c'est-à-dire communes au plus grand nombre des tissus, étaient excessivement rares, trouve donc ici, à l'occasion des acéphalocystes, un démenti formel. C'est parce que Dupuytren était bien convaincu de cette vérité que les kystes acéphalocystes peuvent se développer dans toutes les parties du corps qu'il a porté le diagnostic suivant qui est un des plus remarquables faits de diagnostic qui existent dans la science. Une femme vint le consulter pour une amygdale gauche très volumineuse: Dupuytren prononça que c'était un kyste probablement acéphalocyste. Il l'ouvrit et une membrane acéphalocyste s'échappa par l'ouverture. Quelque temps après, cette malade ayant souffert dans la région des reins, Dupuytren diagnostiqua un développement d'acéphalocyste dans les reins, ce que l'autopsie démontra plus tard. Les kystes acéphalocystes de la rate sont assez rares; on a souvent considéré comme tels (1) des kystes développés dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-splénique. Les deux faits représentés planche 1, XXXV^e livraison, serviront à l'histoire de cette singulière production organique.

EXPLICATION DES FIGURES.

La rate représentée fig. 1 a été rencontrée sur un cadavre. Je n'ai pu me procurer sur le sujet qui nous l'a présentée aucune espèce de renseignement.

Le kyste occupait, comme de coutume, la face interne de la rate, dans l'épaisseur de laquelle il s'était creusé une cavité. Ses parois étaient extrêmement épaisses, fibreuses, et paraissaient formées de plusieurs couches superposées. Le tissu propre de la rate ne recouvrait que la moitié externe du kyste, soit que la totalité de ce tissu propre eût été rejetée de côté, soit que ce tissu propre eût subi la transformation fibreuse dans toute la partie qui répondait à la moitié interne du kyste.

Les acéphalocystes présentaient toutes ce caractère singulier que chacune d'elles contenait un nombre plus ou moins considérable d'acéphalocystes plus petites. Le n° 2 de la figure 1' montre parfaitement cette disposition. On remarquera, en outre, que les acéphalocystes présentaient des formes très variées qui résultaient probablement des pressions auxquelles ces productions libres avaient été soumises. Au reste, cette irrégularité de forme ne prouve pas plus le défaut de vitalité, que leur forme, si régulière dans d'autres cas, ne prouve cette vitalité. On peut admettre que les petites acéphalocystes contenues dans l'acéphalocyste-mère sont le produit d'une sorte de génération, dont le mécanisme est un problème insoluble dans l'état actuel de la science.

La fig. 2 représente une rate qui m'a été adressée de Dijon, le 23 février 1839, par M. Agnely, interne de l'hôpital et prosecteur de l'école secondaire de médecine de la même ville: elle a été recueillie sur un homme âgé de quarante-six ans, mort dans le service de M. Séné, professeur de pathologie interne à la même école. Voici les détails qui m'ont été transmis par M. Agnely.

Un homme grand, fort, bien constitué, journalier, 46 ans, entra à l'hôpital de Dijon dans le mois de janvier 1839. Il raconte que, depuis dix-huit mois, il est sous l'influence d'une fièvre intermittente tierce, qui ne lui a pas permis de recouvrer cette plénitude de santé dont il se félicitait auparavant; que cette fièvre, qui dura d'abord deux mois, s'est reproduite à divers intervalles; que, depuis la même époque, il avait constamment éprouvé, dans la zone supérieure de la cavité abdominale, un embarras plutôt qu'une douleur, qui parfois dérangeait ses digestions et le rendait moins apte à des travaux pénibles et à des courses prolongées. Il a été obligé d'interrompre quelquefois ses fatigantes occupations; mais, homme fort et courageux, il a cherché à triompher de ses douleurs. Il travaillait encore un mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Voici les symptômes qu'il offrit pendant le mois qui s'écoula entre son entrée et sa mort.

(1) Voyez article ACÉPHALOCYSTE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome I, page 243.

Face amaigrie, teint pâle et un peu jaune, soif, mauvais goût à la bouche, langue blanche, rénitence et matité dans toute la zone supérieure de l'abdomen, ventre indolent, selles assez rares. Toux sèche, oppression, point de côté au niveau de la mamelle gauche (ce symptôme datait de douze jours), matité dans toute l'étendue de la moitié gauche du thorax et dans la partie inférieure de la moitié droite, absence du bruit respiratoire à gauche, point d'égophonie. Bruit respiratoire normal à droite, mais obscur et lointain en bas, pouls très fréquent, peau chaude et sèche.

Diagnostic. Pleurésie compliquée d'altération organique du foie.

Le *traitement* a consisté en antiphlogistiques modérés, plus tard en apéritifs, en fondans, en révulsifs. Nonobstant toute médication, l'oppression a augmenté; la teinte ictérique s'est fortement prononcée; des vomissemens assez fréquens sont survenus. Bientôt diarrhée, émaciation, sueurs colliquatives, fièvre hectique, infiltration générale, mort sans douleur bien prononcée et avec l'intégrité de son intelligence.

Ouverture du cadavre. Cavités pleurales remplies de sérosité jaunâtre; cœur et poumons sains; foie ayant son lobe gauche hypertrophié. Le lobe droit presque en totalité transformé en une vaste poche distendue par un liquide très jaune, au milieu duquel nageaient de nombreuses acéphalocystes et d'épaisses fausses membranes. Rate « ayant un kyste d'une nature si curieuse, que c'est ce qui nous a fait naître, à M. Paris, « professeur d'anatomie, et à moi, l'idée de vous communiquer ces pièces »; tube intestinal sain; reins sains.

Voici le résultat des observations que j'ai pu faire sur le foie et sur la rate qui m'ont été adressés.

Le foie présentait, à la place de son lobe droit, une vaste poche, pleine d'un pus horriblement fétide, au milieu duquel nageaient quelques acéphalocystes. Cette poche avait été ouverte. Le lobe gauche était très considérable, ce qui me paraît tenir, non à une véritable hypertrophie, mais bien au refoulement de la substance du lobe droit, en sorte que ce lobe gauche était constitué à-la-fois et par le lobe gauche et par le lobe droit, refoulé à gauche du sillon antéro-postérieur.

Cette vaste poche ou kyste était tapissée d'un détritus gangréneux, coloré en jaune-orange. A ses parois étaient appendus de grands lambeaux membraneux, que j'ai pu prendre d'abord pour des lambeaux de fausses membranes, mais que j'ai bientôt reconnus pour des débris du kyste acéphalocyste. Plusieurs de ces débris présentaient çà et là des plaques ou épaississemens cartilagineux, crétacés. La plupart adhéraient encore par un certain nombre de points. Quelques-uns étaient complètement libres et teints en jaune orangé de la nuance la plus belle et la plus vive possible.

A sa partie supérieure, ce vaste kyste présentait une arrière-cavité, située entre le diaphragme et la face convexe du foie, et s'ouvrant dans le kyste par deux larges ouvertures. Cette arrière-cavité offrait également des débris gangréneux. Le diaphragme était sur le point d'être perforé, et peu s'en est fallu que cette arrière-cavité ne s'ouvrît dans la plèvre. Du reste, des adhérences intimes unissaient le diaphragme au foie dans tout le pourtour du foyer. En examinant la cavité du kyste, je reconnus qu'il présentait à gauche deux ouvertures, qui n'étaient séparées l'une de l'autre que par une bride. L'ouverture supérieure se terminait en cul-de-sac. Un stylet introduit dans l'ouverture inférieure conduisait directement dans la branche droite du canal hépatique et de là dans la branche gauche. La vésicule du fiel avait été repoussée en avant de l'extrémité gauche du kyste, et ne communiquait pas avec lui.

Cette communication du kyste avec les voies biliaires explique parfaitement l'inflammation gangréneuse du kyste acéphalocyste : elle explique, en outre, la coloration jaune orangé du détritus et des lambeaux gangréneux du kyste. On conçoit très bien que cette même communication pourrait permettre l'évacuation par le duodénum du liquide contenu dans le kyste, et peut-être celle des membranes acéphalocystes; mais il est évident que, pour peu que les acéphalocystes fussent considérables, ce passage des membranes ne se ferait pas sans de graves accidens et sans l'oblitération, au moins temporaire, des voies biliaires.

Le kyste acéphalocyste de la rate, fig. 2, pl. 1, XXXV[e] livraison, présente les particularités suivantes. Ce kyste proémine du côté interne de la rate, qui se moule en quelque sorte sur la moitié externe de sa surface. Il est par conséquent tout-à-fait superficiel dans sa moitié interne. Ses parois sont très denses, coriaces, comme élastiques et crient sous le scalpel. Ce kyste est rempli par des acéphalocystes vides et par une boue plâtreuse. On aurait cru, au premier abord, qu'il y avait un grand nombre de membranes acéphalocystes pressées les unes contre les autres; mais un examen plus attentif démontra qu'il n'y avait qu'une seule membrane épaisse, artistement plissée sur elle-même, flétrie et comme ridée, ratatinée. Sa surface externe a une couleur glauque fort remarquable; sa surface interne est sans couleur. Son épaisseur, d'ailleurs très inégale dans les divers points de son étendue, permet de la diviser en lamelles. C'est l'une des portions les plus épaisses de la membrane qui a été figurée en CL sur un fond noir. Je ferai remarquer que la couleur glauque de la membrane acéphalocyste diffère essentiellement de la teinte bilieuse qui la revêt.

La boue plâtreuse ou caséiforme remplit les vides des plis de l'acéphalocyste. Cette boue adhère à la lamelle la plus externe de la membrane, qui est très mince et très adhérente, et s'enlève avec elle. Cette boue tapisse en outre la surface interne du kyste MT, MT, et semble augmenter de densité à mesure qu'on approche des

parois du kyste. Ces parois présentent des plaques calcaires PC, PC, lesquelles sont contenues dans l'épaisseur du tissu fibreux qui constitue ces parois.

Réflexions. Ces réflexions s'appliqueront au kyste acéphalocyste dégénéré du foie aussi bien qu'au kyste acéphalocyste de la rate. 1° Un malade éprouve pendant les dix-huit derniers mois de sa vie une fièvre intermittente tierce rebelle qui revient par intervalles, et à l'autopsie on trouve un kyste acéphalocyste du foie et un kyste acéphalocyste de la rate. Le type périodique semble donc affecté d'une manière toute spéciale aux lésions de la rate et peut-être aussi à certaines lésions du foie: à l'époque où la fièvre tierce parut, il devait y avoir long-temps que le foie, que la rate étaient le siège de la production accidentelle enkystée, et il est probable que c'est au moment où s'est établi dans les kystes un travail d'élimination ou d'inflammation que sont survenus les accidens. Souvent, en effet, il arrive que les kystes acéphalocystes du foie ou d'autres organes ne manifestent leur présence que par leur volume et par la gêne toute mécanique qui résulte de ce volume; et que d'autres fois cette présence n'est révélée que par un travail inflammatoire plus ou moins aigu qui s'établit dans la poche. Ce travail dont la véritable cause est difficile à déterminer, à moins qu'on ne l'attribue à la distension, peut avoir pour résultat une perforation, salutaire quand elle porte les acéphalocystes en dehors, mortelle lorsqu'elle a lieu dans une cavité séreuse; il peut encore avoir pour conséquence une suppuration, une matière caséiforme, une matière plâtreuse, phosphatique, au milieu de laquelle les membranes acéphalocystes sont tellement altérées qu'elles deviennent méconnaissables et qu'on croirait avoir affaire à un abcès tuberculeux ou à un kyste rempli de phosphate calcaire: les membranes acéphalocystes peuvent-elles disparaître complètement? j'en ai toujours rencontré vestige; mais je suis convaincu qu'elles peuvent finir par être complètement résorbées, bien que ces membranes soient extrêmement réfractaires à l'absorption, et dans ce cas, le caractère fibreux du kyste révélerait encore l'origine de la maladie. Dans le cas qui nous occupe, le kyste acéphalocyste de la rate a dû être tout-à-fait étranger aux accidens qui ont amené la mort. La transformation qu'il avait subie peut être considérée comme un mode de guérison. On peut juger par l'ampleur de l'acéphalocyste solitaire qu'il contenait, combien avait dû être considérable le kyste avant sa réduction: la membrane acéphalocyste avait résisté au travail inflammatoire chronique qui s'était emparé de la poche et qui avait amené la sécrétion de cette boue plâtreuse, caséiforme, tuberculiforme qui la remplissait en partie.

Les accidens qui ont précédé et amené la mort sont exclusivement dus au travail qui s'était emparé du kyste acéphalocyste du foie, travail qui avait eu pour résultat l'ouverture de ce kyste dans un rameau biliaire. Il est évident que la conséquence nécessaire du passage continuel de la bile dans la poche acéphalocyste devait être une inflammation extrêmement aiguë de cette poche, inflammation qui s'est terminée par gangrène, qui s'est étendue de la poche aux parties adjacentes et a produit cet arrière-foyer gangréneux, interposé au diaphragme et au foie, lequel aurait pu s'ouvrir plus tard dans la cavité pleurale.

Si l'on se rappelle combien de vaisseaux sanguins, combien de divisions de conduits hépatiques sont accolés aux kystes fibreux acéphalocystes développés dans l'épaisseur du foie, si l'on considère en outre que si ces conduits et ces vaisseaux sont souvent oblitérés par adhésion, il arrive non moins souvent qu'ils conservent leur perméabilité, on concevra que non-seulement ces kystes peuvent s'ouvrir dans les voies biliaires, mais qu'ils peuvent encore s'ouvrir dans les veines et entraîner des accidens dont il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer, pendant la vie, le véritable caractère. Voici un fait fort curieux qui a été soumis à la Société anatomique (Séance du 10 août 1836).

Un peintre en bâtimens entra dans un hôpital avec une douleur abdominale assez vive, surtout dans l'hypochondre droit. Il y avait fièvre, ictère. On crut néanmoins à la colique de plomb, que l'on traita par la méthode dite de la *Charité*. Le traitement fut continué pendant cinq jours, au bout desquels le malade mourut de péritonite.

A l'ouverture du corps, on trouva tous les caractères anatomiques d'une péritonite suraiguë. Un kyste

hydatique très considérable occupait le voisinage du bord antérieur du foie : il contenait une hydatide solitaire. Ses parois étaient très saines. A l'extrémité gauche du foie existait un foyer purulent contenant, avec du pus, des débris d'acéphalocystes. Plusieurs veines et plusieurs conduits hépatiques présentaient des orifices béans dans la cavité du foyer. Les veines du foie étaient remplies de pus. Le canal cholédoque était obstrué par un lambeau de membrane acéphalocyste, roulé sur lui-même et ayant plusieurs pouces de longueur.

Réflexions. Peintre en bâtimens; coliques; donc, colique de plomb; donc, traitement de la Charité; mais la coloration jaune de la conjonctive, mais la fièvre, mais le siège de la colique, mais ses caractères devaient écarter toute idée de colique de plomb. Gardons-nous des à-peu-près dans le diagnostic et dans le traitement des maladies.

Dans beaucoup de cas, l'inflammation ne se borne pas au kyste, elle envahit encore le tissu cellulaire qui entoure le kyste et qui s'infiltre de pus. Dans un cas de kyste acéphalocyste du foie présenté à la Société anatomique, le pus formait une couche épaisse autour du kyste; les parois de celui-ci étaient comme vermoulues, de telle sorte que la cavité de la poche communiquait avec l'abcès ambiant. On pouvait discuter la question de savoir si c'était l'inflammation du tissu cellulaire qui avait précédé, ou si c'était l'inflammation de la poche elle-même.

Les kystes acéphalocystes du foie sont très souvent la cause d'une ascite qui, lorsque l'acéphalocyste a échappé à l'investigation, présente tous les caractères de l'hydropisie essentielle et active. Dans les cas où je l'ai observée, cette hydropisie était la suite d'un travail inflammatoire ou éliminatoire qui s'était établi dans la tumeur. Dans le cas représenté 3e livraison, pl. v, il y avait dans le foie deux kystes remplis par un liquide boueux, jaunâtre, au milieu duquel nageaient des acéphalocystes, les uns vides, les autres pleins. l'un de ces kystes présentait un commencement de travail de perforation; il avait cédé dans un point qui présentait un amincissement, indice d'une rupture imminente.

Dans un cas d'hydropisie ascite, lu à la Société anatomique par M. Bosc, on trouva la cause de l'hydropisie dans un kyste acéphalocyste dégénéré du foie. Voici les particularités que nous offrit ce kyste : il occupait la moitié droite du foie et faisait saillie du côté de la face convexe. Très superficiel à son centre, où il touchait le diaphragme, il était recouvert par une couche de tissu hépatique qui allait en augmentant à mesure qu'on s'éloignait du point central. Les vaisseaux sous-péritonéaux étaient extrêmement développés. La substance du foie était saine, sa couleur un peu jaune. Le kyste était rempli par une sorte de détritus verdâtre, jaune, jaune orangé, couleur de bistre, au milieu duquel il me fut facile de reconnaître des débris d'acéphalocyste. Le kyste était fibreux, cartilagineux, parsemé de plaques calcaires. La couche qui le tapissait immédiatement était couleur de bistre foncé. Autour du kyste se voyaient les ramifications du conduit hépatique, accompagnant celles de la veine porte et enveloppées dans ce tissu réticulaire normal que je regarde comme du tissu dartoïde.

Une remarque importante a trait à la coloration des kystes acéphalocystes du foie. Je n'ai jamais observé cette coloration, lorsque les kystes étaient dans leur état d'intégrité, si l'on peut parler d'intégrité à l'occasion d'une maladie; mais je l'ai observée constamment dans les kystes acéphalocystes du foie dégénérés. Cette coloration jaune, jaune orangé, ne peut s'expliquer que par la matière colorante de la bile; et la pénétration de la bile dans ces kystes suppose une érosion de quelques conduits biliaires. Comment se fait-il que la présence de la bile dans une poche organisée ne produise pas plus de désordre et ne détermine pas constamment cette inflammation gangréneuse que nous avons signalée dans le fait rapporté plus haut : c'est sans doute parce que l'épanchement de bile est trop peu considérable pour produire des accidens inflammatoires très intenses. Il est, d'ailleurs, probable que c'est la présence de la bile qui fait mourir les acéphalocystes, irrite les parois du kyste et détermine les produits au milieu desquels il est quelquefois difficile de reconnaître la membrane acéphalocyste elle-même. (1)

(1) Voyez *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Acéphalocyste, tome I, page 228, où les kystes acéphalocystes du foie sont traités avec beaucoup de détail.

MALADIES DU FOIE, DE LA RATE, ET DU GRAND ÉPIPLOON.

(ACÉPHALOCYSTES, pl. I et II. XIX^e livr.)

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche 1^re.

La fig. 1 (1/2 grandeur) représente une masse de kystes acéphalocystes qui remplissait l'abdomen d'un individu sur lequel je n'ai aucun renseignement.

Le foie était d'une couleur ardoisée très foncée, mais d'ailleurs sain dans son tissu; cette coloration bien distincte de la couleur noirâtre qui résulte du dégagement de l'hydrogène sulfuré au voisinage du gros intestin occupait toute l'épaisseur de l'organe; elle n'était point cadavérique, car il n'existait aucun signe de putréfaction; et d'ailleurs la coloration ardoisée est une des nombreuses nuances de coloration morbide auxquelles le foie est exposé. Dans l'épaisseur du foie, à sa partie antérieure et gauche, était un kyste assez considérable, que remplissait une membrane jaune MH, plissée sur elle-même, qu'il n'était pas difficile de reconnaître pour la membrane d'une acéphalocyste.

Cette membrane présentait une couleur jaune diversement nuancée (fig. 1, 2). Sa surface interne était parsemée de vésicules ou ovules de différents volumes, qu'on pourrait considérer comme des acéphalocystes à l'état naissant.

Cette membrane était régulièrement plissée sur elle-même: déployée, elle avait une étendue trois à quatre fois plus considérable qu'il ne le fallait pour tapisser le kyste dans lequel elle était contenue, sans adhérence; disposition qui établissait de la manière la plus positive que le kyste avait été primitivement beaucoup plus considérable, et que le liquide contenu ayant été absorbé graduellement, la membrane était rentrée en dedans d'elle-même.

Du reste, cette membrane présentait tous les caractères des membranes acéphalocystes: elle était très épaisse, frangible, comme élastique, albuminiforme, et pouvait se diviser en lamelles extrêmement ténues; c'était de la plus profonde seulement que naissaient les vésicules ou granulations indiquées.

Le kyste qui contenait cette membrane présentait également tous les caractères des kystes acéphalocystes anciens. Il était fibreux, épais, mais d'une épaisseur inégale dans les divers points de son étendue. Sa surface interne était rugueuse, plaquée d'une matière jaune doré, jaune brunâtre. Ce kyste pouvait être énuclé: des vaisseaux hépatiques de divers ordres étaient appliqués, sans y adhérer, à sa surface externe. Un canal biliaire s'ouvrait dans sa cavité.

Ce kyste était en rapport par les trois quarts de sa surface extérieure, avec le foie excavé pour le recevoir; par l'autre quart, il se confondait avec les parois du kyste de l'épiploon.

Trois autres kystes acéphalocystes non altérés se voient le long du bord droit du foie et sont en partie logés dans son épaisseur.

La rate R présente quelques kystes acéphalocystes superficiels.

C'est entre le foie et la rate et au-dessous de ces organes qu'existe la masse très considérable, globuleuse, terminée en pointe inférieurement, qui descendait jusque dans l'excavation du bassin; l'incision de cette masse nous a présenté une foule de kystes remplis d'acéphalocystes H, H, H de diverses dimensions.

Ces kystes communiquaient entre eux par des ouvertures circulaires faites comme avec un emporte-pièce, dont les unes étaient extrêmement petites et dont les autres étaient très considérables. Il y avait en quelque sorte plusieurs systèmes de kystes. Les kystes de chaque système communiquaient entre eux, sans communiquer avec les kystes des autres systèmes.

La fig. 2 (grandeur naturelle) représente une coupe de la partie supérieure de la tumeur. On voit 1° la couleur ardoisée de la substance du foie F, 2° la membrane acéphalocyste jaune, 3° les parois du kyste qui la contenait, les espèces de compartiments en lesquels était divisée la tumeur. Tous ces kystes avaient une structure fibreuse. Leur surface interne se présentait sous deux états bien différents.

Généralement elle était extrêmement rugueuse et comme mamelonnée : Dans un certain nombre de kystes cette surface interne était lisse : les kystes à parois rugueuses et comme mamelonnés, avaient en général beaucoup d'épaisseur. Ceux à surface interne lisse étaient extrêmement minces. Il y avait des kystes qui formaient des sphéroïdes réguliers, d'autres qui présentaient des anfractuosités.

Les acéphalocystes remplissaient très exactement le kyste correspondant, tellement qu'il fallait de grandes précautions pour éviter de les entamer en pénétrant dans la cavité. Du reste, il y avait contiguité pure et simple entre le kyste et l'acéphalocyste elle-même.

En général, chaque kyste ne contenait qu'une acéphalocyste, mais on en trouvait souvent deux, quelquefois cinq, six, huit : dans le cas d'acéphalocystes multiples, tantôt toutes les acéphalocystes étaient pleines, et alors le kyste était anfractueux; tantôt c'était une seule acéphalocyste, pleine, et les autres vides et flétries étaient appliquées et comme moulées sur l'acéphalocyste pleine. Ces diverses dispositions se voient très bien fig. 2, pl. 1.

Pl. II.

La fig. 1 (1/2 grandeur) représente la masse formée par le foie, la rate et la tumeur, vus par la face postérieure. L'estomac E avait été refoulé en arrière ; plusieurs acéphalocystes formaient sur sa face postérieure une espèce de demi-anneau qui venait se continuer avec la masse qui appuyait sur la face antérieure de cet organe. L'œsophage passait par une espèce de détroit que formait la tumeur autour de la partie sous-diaphragmatique de ce canal.

L'aspect général de la masse, vue postérieurement, n'est pas exactement le même que celui qu'elle présente antérieurement. Les kystes ou groupes de kystes sont plus isolés les uns des autres et liés entre eux par des brides fibreuses extrêmement résistantes.

La forme des acéphalocystes était généralement sphéroïdale ou ovoïde (fig. 2, pl. II).

Un grand nombre offrait un aspect très irrégulier (*Voyez fig.* 1, 3, 4, 5, 6, 7). Cette forme irrégulière était déterminée par celle des kystes dans lesquels ils étaient contenus. Les espèces de têtes supportées par un pédicule que présentent plusieurs de ces acéphalocystes sont dues aux communications que j'ai dit exister entre plusieurs kystes ; la tête était reçue dans le kyste voisin et le col ou étranglement répondait à l'ouverture circulaire de communication. Lorsqu'un même kyste communiquait avec deux ou trois kystes, il existait autant de têtes ou prolongements de l'acéphalocyste dans les kystes voisins, qu'il y avait d'ouvertures de communication. L'acéphalocyste représentée fig. 7 remplissait un kyste étranglé à sa partie moyenne : les trois têtes sphéroïdales de son extrémité gauche étaient reçues dans trois kystes différents qui communiquaient avec le premier. Lorsque cette ouverture de communication était considérable, le prolongement était considérable aussi (*Voyez fig.* 3 *et* 5). Lorsqu'elle consistait dans un simple pertuis, le prolongement avait la forme d'un mamelon : on eût dit d'un cysticerque avec sa vessie caudale. On peut juger par l'irrégularité de la forme de l'acéphalocyste représentée fig. 4, que ces productions sont essentiellement amorphes.

La régularité de la forme, qui est généralement donnée comme un des caractères de leur vitalité, doit être rapportée non à ces corps eux-mêmes, mais aux kystes dans lesquels ils sont contenus. J'ai traité ailleurs avec quelque développpement cet intéressant sujet et j'y renvoie pour les considérations générales (1).

(1) *Voyez* art. Acéphalocystes du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. 1er, page 193.

MALADIES DU FOIE.

(XXXVII^e LIVRAISON, PLANCHE IV.)

La planche 4, a pour sujet: 1° une variété du cancer encéphaloïde du foie (fig. 1), 2° des foyers ou kystes gélatiniformes qui me paraissent la conséquence de kystes acéphalocystes du même organe (fig. 2).

La fig. 1 représente un cancer encéphaloïde du foie qui peut servir de type pour la variété molle : ces masses, de volume et d'aspect si divers, disséminées dans l'épaisseur de l'organe, étaient toutes pénétrées comme une éponge d'un suc cancéreux de consistance crémeuse qu'on exprimait avec la plus grande facilité. La différence la plus remarquable qui existait entre ces tumeurs encéphaloïdes, est relative à leur vascularité : ainsi les unes sont couleur blanc de lait et ne paraissent contenir aucuns vaisseaux dans leur épaisseur, les autres en contenaient un très grand nombre. Toutefois, les masses blanc de lait sans apparence vasculaire, présentent des vaisseaux capillaires d'une extrême ténuité qui apparaissent lorsqu'on absterge la couche crémeuse qui recouvre la surface de la section ou de la déchirure.

Un fait constant dans ce genre de lésions, c'est l'intégrité parfaite des granulations du foie qui avoisinent les masses encéphaloïdes, d'où la doctrine qui établissait que ces masses encéphaloïdes n'étaient point formées aux dépens du tissu propre du foie lui-même, mais résultaient du dépôt pur et simple du suc cancéreux dans le tissu cellulaire intermédiaire aux granulations. Du reste, les vaisseaux veineux du foie de divers ordres, ceux même qui passent au centre des masses encéphaloïdes, sont parfaitement sains.

Réflexions. Le cancer encéphaloïde du foie par masses disséminées est une des lésions les plus importantes à étudier à raison de sa gravité et de sa fréquence : aussi, malgré les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion des cas figurés dans les planches 2 et 3 de la XII^e livraison et dans la planche 5 de la XXIII^e, je présenterai ici quelques nouveaux faits et quelques réflexions :

I. Les cancers encéphaloïdes par masses disséminées du foie sont primitifs ou consécutifs. Les cancers consécutifs de cet organe sont tellement fréquens qu'on peut raisonnablement soupçonner leur existence dans tous les cas d'infection cancéreuse : ainsi j'ai rarement ouvert des femmes mortes à la suite de cancers mammaires opérés ou non opérés sans rencontrer dans le foie des tubercules cancéreux ou des masses cancéreuses. Ces mêmes masses ou tubercules cancéreux s'observent très habituellement dans le cancer de l'estomac. Je possède plusieurs observations dans lesquelles les symptômes du cancer primitif de l'estomac ont été complètement masqués par le cancer consécutif du foie. Lorsque, ce qui est assez rare, le cancer utérin dépasse les limites de l'utérus et des parties envahies par continuité de tissu, c'est dans le foie que se manifestent généralement les premiers symptômes de l'infection. La grande abondance des veines qui entrent dans la structure du foie, peut-être aussi ses fonctions éliminatrices, expliquent-elles le rôle très important que joue cet organe dans l'infection cancéreuse comme aussi dans tous les cas où le sang est le véhicule de principes hétérogènes destinés à être expulsés par quelque émonctoire.

II. Les cancers primitifs du foie se propagent bien plus rarement aux autres organes que les cancers de ces organes ne se propagent au foie ; je dois même dire que le plus souvent la maladie reste limitée au foie et que l'infection cancéreuse, dans cette maladie, consiste bien plus ordinairement dans la multiplication indéfinie des tumeurs et tubercules cancéreux, dans le foie lui-même, que dans la production de ces tumeurs et tubercules au sein d'autres organes. Si l'on examine, en effet, avec un peu d'attention un foie cancéreux, on reconnaîtra de la manière la plus manifeste que ces tumeurs ne sont pas contemporaines ; il en est qui portent, si l'on peut ainsi parler, l'empreinte de la longévité ; d'autres, au contraire, sont d'une date toute récente. Sous ce rapport les tubercules ou masses cancéreuses du foie se comportent absolument de la même manière que les tubercules pulmonaires. L'isolement du système veineux hépatique, bien plus encore que l'isolement établi par l'atmosphère séreuse dont le foie est environné, me paraissent expliquer en partie l'isolement des lésions orga-

niques de cet organe; mais lorsque des adhérences celluleuses s'établissent entre le foie et les organes environnans, ces adhérences accidentelles deviennent pour la dégénération un moyen de propagation aussi facile que les adhérences naturelles, et c'est alors que le cancer du foie s'étend par continuité de tissu à l'estomac, au duodénum, au colon, au diaphragme.

III. Un point important dans l'histoire des tubercules ou masses cancéreuses du foie, c'est l'étude des altérations qu'ils subissent, pour ainsi dire, incessamment, pendant la durée plus ou moins longue de leur existence. Ces altérations ne consistent pas purement et simplement dans le ramollissement des parties dégénérées, et il y a erreur évidente dans la doctrine qui établit que toute tumeur cancéreuse passe nécessairement par deux périodes : la période de crudité et la période de ramollissement. Sans doute, dans un grand nombre de cas, les tumeurs cancéreuses originairement dures, peuvent en se pénétrant d'une grande quantité de sucs acquérir un certain degré de mollesse; mais, pour le plus grand nombre, la différence dans la consistance de ces tumeurs, établit, non une différence de périodes, mais une différence primordiale de variété. La variété, dure dès l'origine, reste dure jusqu'à la fin, de même que la variété molle présente sa consistance de bouillie plus ou moins épaisse depuis le premier moment de son apparition jusqu'à sa terminaison.

IV. Le volume de ces tumeurs ou masses carcinomateuses, la rapidité ou la lenteur de leur développement constituent des différences non moins importantes. Il est des tumeurs cancéreuses qui restent toujours à l'état de tubercules; il en est dont l'accroissement est illimité : d'où les différences qui se trouvent entre les foies cancéreux sous le rapport du volume, les uns ayant à peine le volume du foie dans l'état normal, et par conséquent ne débordant pas le rebord des fausses côtes, les autres ayant un volume énorme, un poids de dix, quinze, vingt livres. Une remarque importante à faire, c'est que ce volume porte non sur le tissu propre du foie qui est plutôt atrophié qu'hypertrophié dans le cancer, mais sur les masses parasites disséminées dans l'épaisseur de cet organe. Ayant débarrassé une portion considérable du foie des masses cancéreuses qu'elle contenait dans son épaisseur, j'ai été stupéfait à la vue de la petite quantité de substance hépatique proprement dite qui m'est restée après cette énucléation.

V. C'est surtout à la variété molle que s'applique ce développement rapide du foie qui a lieu de plusieurs manières, 1° tantôt par l'accroissement des masses cancéreuses qui sont le siège d'un travail nutritif morbide extrêmement actif : et c'est dans ces cas qu'on rencontre des masses cancéreuses tellement molles, tellement gorgées de sucs cancéreux qu'on dirait des abcès cancéreux; 2° tantôt par l'infiltration séreuse, gélatineuse, purulente, caséiforme de ces masses : car il est positif que l'inflammation et ses divers produits ne sont pas incompatibles avec la dégénération cancéreuse : aussi n'est-il pas rare de voir du pus liquide ou concret et de la matière tuberculeuse au centre de ces masses dégénérées; 3° mais c'est surtout dans le cas si fréquent d'épanchemens sanguins au sein de ces tumeurs que leur développement est prodigieux ; c'est alors qu'on voit des foies qui dépassaient à peine les côtes, atteindre en quelques jours et bientôt déborder l'ombilic, et alors, si le malade est dépourvu d'embonpoint, s'il n'existe pas d'ascite, si quelques-unes de ces tumeurs sont superficielles, si des adhérences se sont établies entre telle ou telle de ces tumeurs et les parois abdominales, on peut suivre de l'œil et du doigt le développement de la maladie, reconnaître de la fluctuation, croire à l'existence d'un kyste ou d'un abcès, et être tenté de faire une ponction exploratrice.

VI. Ces foyers sanguins spontanés, ces apoplexies des masses carcinomateuses éprouvent une série de modifications tout-à-fait semblables, au moins quant aux qualités du sang, à celles que présentent les foyers sanguins ordinaires. La matière colorante est résorbée, et la fibrine décolorée offre divers aspects, qui peuvent en imposer pour des dégénérations d'une nature particulière. (1)

(1) C. F. Burdach, *Traité de physiologie considérée comme science d'observation*. trad. par A.-J.-L. Jourdan, Paris, 1837, t. vi, p. 136.

VII. Les foyers sanguins des masses carcinomateuses peuvent être tellement considérables, qu'ils épuisent les forces de la vie, à la manière d'une hémorrhagie interne. Le terme le plus élevé de ces foyers sanguins sous le rapport de l'hémorrhagie, c'est la rupture de la poche sanguine et l'épanchement du sang dans la cavité du péritoine.

VIII. Les masses carcinomateuses du foie sont quelquefois la cause d'une péritonite aiguë ou chronique. La péritonite s'élèverait au degré d'intensité des péritonites par perforation intestinale, s'il y avait rupture d'une tumeur carcinomateuse superficielle. Je n'en connais pas d'exemples; mais j'en admets la possibilité.

IX. Un des effets les plus ordinaires des masses carcinomateuses du foie, c'est l'ascite. Généralement attribuée à l'obstacle mécanique que ces masses apportent au cours du sang, l'hydropisie péritonéale peut être le résultat de l'irritation qu'exercent sur le péritoine les masses carcinomateuses superficielles du foie.

X. L'état des veines du foie mérite de fixer toute l'attention. La matière cancéreuse peut être primitivement formée dans les grosses et moyennes veines du foie, qu'elle engorge. Elle peut pénétrer consécutivement dans les veines, autour desquelles les masses cancéreuses sont développées. Dans l'un et l'autre cas, il y a infection du sang.

Masses encéphaloïdes du foie présentant l'aspect de bouillie grisâtre. — Hémorrhagie péritonéale par suite de la rupture d'un foyer sanguin. — Tubercules cancéreux enkystés des poumons, offrant l'aspect de bouillie grisâtre.

J'ai assisté par hasard à l'autopsie d'un individu âgé de quarante-cinq ans environ, mort dans le service de mon collègue à l'hôpital de la Charité, M. Rayer, avec un épanchement considérable de sang dans la cavité péritonéale. La source de cet épanchement était dans un foyer sanguin ouvert à la face inférieure du foie, lequel était énorme, au point d'atteindre le détroit supérieur du bassin.

Ce grand volume du foie était dû à d'innombrables et volumineuses masses carcinomateuses développées dans l'épaisseur de cet organe. La mollesse du foie était telle qu'il fut impossible d'extraire cet organe sans le déchirer. Sa surface était lisse, et l'absence de bosselures tenait probablement à la mollesse des masses carcinomateuses elles-mêmes.

Le foie adhérait intimement aux parois abdominales immédiatement au-dessous du rebord des côtes droites, si bien qu'en voulant détruire ces adhérences, on a entamé un foyer morbide. Ce foyer était une masse encéphaloïde qui avait subi une altération bien profonde; on voyait en effet, dans ce foyer, indépendamment du suc encéphaloïde qui n'était manifeste que dans un petit nombre de points, une matière qui se présentait sous deux aspects, tantôt sous celui de mastic de vitrier, tantôt sous celui de bouillie grisâtre. La presque totalité du foie semblait convertie en cette bouillie grisâtre : mais, avec un peu d'attention, il était facile de voir que cette bouillie était réunie en foyers considérables qui se touchaient sans intermédiaire: dans d'autres points, ces foyers étaient séparés par une couche plus ou moins épaisse de tissu hépatique. Il y avait en outre une multitude de petits tubercules encéphaloïdes, bien circonscrits, pisiformes, séparés les uns des autres par un tissu parfaitement sain. Le foyer sanguin qui avait été la source de l'hémorrhagie appartenait à une masse encéphaloïde.

Dans l'épaisseur du grand épiploon, était un foyer sanguin considérable, au centre duquel était de la matière encéphaloïde. On aurait donc pu croire, au premier abord, que cette matière était formée dans l'épaisseur des caillots, mais évidemment le foyer sanguin était une conséquence de la rupture de la masse encéphaloïde. Les poumons présentaient une multitude de foyers sphéroïdes, enkystés, entourés d'un tissu pulmonaire parfaitement sain, et contenant, non un suc encéphaloïde pur, mais une matière analogue à la bouillie du foie.

Reflexions. Il est plus que probable que cette bouillie grisâtre, que nous trouvons, ici seule, là mêlée à quelques débris de matière encéphaloïde, n'est autre chose qu'une matière encéphaloïde, altérée, et il n'est pas moins probable que cette altération de la matière encéphaloïde tenait à son mélange avec le sang.

Il est bien remarquable que les foyers enkystés du poumon, malgré leur petitesse, le plus volumineux atteignant à peine la grosseur d'une cerise, contenaient une bouillie tout-à-fait

semblable à celle du foie, preuve bien évidente que la lésion du foie et celle du poumon reconnaissaient une cause commune.

Du reste, la présence de sérosité sanguinolente et même de caillots sanguins dans la cavité du péritoine ne tient pas toujours à la rupture d'un foyer encéphaloïde du foie, elle peut être le résultat d'une exhalation sanguine. C'est en effet ce que j'ai observé dans un cas de cancer dur, hépatique, avec ictère vert. L'abdomen contenait une très grande quantité de sérosité sanguinolente. Des caillots sanguins étaient accumulés dans le petit bassin; d'autres étaient disséminés au-devant des viscères.

Les foies cancéreux adhèrent quelquefois au diaphragme, et alors l'infection cancéreuse peut s'étendre du péritoine à la plèvre diaphragmatique, déterminer un épanchement pleural avec ou sans pleurésie et devenir la source de nouveaux accidens.

Ainsi, à l'ouverture du corps d'un malade âgé de soixante-dix-huit ans, dont la maladie du foie n'avait pu être que soupçonnée, attendu que cet organe ne débordait pas les côtes, j'ai trouvé la face inférieure du diaphragme inégale, d'un blanc cartilagineux, adhérente au foie dans une étendue assez considérable. Je voulus enlever le foie avec le diaphragme pour l'examiner à loisir; mais, à peine le diaphragme fut-il entamé, qu'il s'écoula une très grande quantité de liquide sanglant, qui venait de la plèvre droite. J'estime sa quantité à deux litres au moins. Le poumon était réduit au quart de son volume. La plèvre qui le recouvrait était parfaitement saine; mais les plèvres costale et diaphragmatique étaient tapissées par une fausse membrane couleur de sang.

Dépouillé de cette fausse membrane, le diaphragme avait quatre à cinq fois son épaisseur accoutumée. Il devait cette épaisseur à une transformation cartilagineuse du péritoine diaphragmatique, transformation qui s'était étendue au tissu du diaphragme lui-même et à la plèvre, qui présentait çà et là des plaques cartilagineuses. Voici les réflexions que me suggéra cette coïncidence de lésions au moment où je recueillis cette observation (au mois d'août 1820): « Ce qui me frappe, c'est la coexistence de la transformation cartilagineuse « du diaphragme et de la dégénération cancéreuse du foie. Ainsi, dans une épaisseur de « quelques lignes, on trouve: 1° une inflammation de la plèvre, caractérisée par des fausses « membranes; 2° une transformation cartilagineuse du diaphragme; 3° un cancer du foie. « La dégénération cancéreuse a précédé; la transformation cartilagineuse a suivi, et la « production pseudo-membraneuse a été le dernier effet produit. Le cancer n'engendre donc « pas nécessairement un cancer dans toutes les parties qu'il touche ou avec lesquelles il se « continue. »

Aujourd'hui que l'observation m'a appris que le cancer des membranes séreuses se manifeste le plus souvent par des plaques d'apparence cartilagineuse, j'interpréterais d'une manière différente cette coïncidence du cartilage et du cancer. Quant à l'inflammation de la plèvre, elle ne doit pas plus étonner que la péritonite dans le cancer des viscères abdominaux. La dégénération cancéreuse agit alors non comme cancer, mais comme cause d'irritation, d'inflammation.

Nous pouvons résumer les services que l'anatomie pathologique a rendus à la médecine pratique à cet égard, en disant qu'elle a éclairé le *diagnostic* du cancer du foie, qu'elle a démontré pourquoi, dans telle circonstance, le cancer du foie s'accompagnait d'ictère, pourquoi, dans telle autre circonstance, il avait lieu sans ictère; qu'elle a fait connaître les variétés primitives dont ces cancers sont susceptibles, leurs altérations consécutives, leur marche tantôt lente, tantôt rapide; dans quels cas les cancers du foie restent à l'état latent pendant un temps plus ou moins long, et quelquefois jusqu'à la mort; dans quels autres cas ils se manifestent par des symptômes graves dès leur première apparition; elle a révélé leur influence sur les parties environnantes et sur l'économie en général; leurs diverses complications; mais, il faut l'avouer, l'anatomie pathologique n'a mis en lumière aucun symptôme pathognomonique, propre aux cancers du foie, et, dans les cas assez rares, il est vrai, où le foie cancéreux reste caché sous l'hypochondre droit, elle est complètement muette pour le diagnostic. Je dirai

cependant qu'un moyen, dont je me sers habituellement pour diagnostiquer les lésions du foie en général, m'a paru parfaitement applicable au cancer du foie, qui ne déborde les côtes dans aucun sens : je veux parler de la percussion exercée sur toute la région qu'occupe cet organe. Cette percussion, pratiquée de manière à imprimer une commotion au foie, éveille une sensibilité caractéristique qui est exactement limitée à la région hépatique. J'ai en ce moment dans mon service à l'hôpital de la Charité, une jeune personne sur laquelle j'ai pu faire avec succès l'application de ce mode d'exploration. Cette jeune personne est entrée avec un ictère fébrile et avec une douleur de tête bornée à la bosse frontale. Une chute du haut d'une échelle, faite six semaines auparavant, était la cause probable de ces accidens. Elle se plaignait de tout l'hypochondre droit. J'ai pensé à une hépatite traumatique circonscrite à une suppuration du foie. La pression exercée sous le rebord des côtes n'éveillait qu'une sensibilité douteuse ; mais la percussion pratiquée de haut en bas ou de bas en haut, sur la région du foie, en avant, sur les côtés, mais surtout en arrière, a montré à tous les assistans que le foie était exclusivement le siège de cette douleur. Une pression, exercée sous la dernière côte, aux limites supérieures de la région lombaire, comme si on voulait explorer le rein, m'a également été quelquefois d'un grand secours.

Quant à la thérapeutique du cancer du foie, elle est nulle, complètement nulle, et nous aurions beau, au lit du malade, déterminer de la manière la plus positive le siège, préciser les caractères les plus minutieux de la lésion, que nous n'en saurions pas plus en thérapeutique que l'homme le plus étranger aux notions d'anatomie pathologique ; tout ce que nous pouvons faire, c'est de constater le caractère incurable de la maladie, et, par conséquent, d'éviter des tentatives de médication, ou nuisibles, ou vaines. Nous ne savons rien, absolument rien, sur la thérapeutique du cancer du foie pas plus que sur celle du cancer des autres organes.

Fig. II.

La figure 2 représente une tranche du foie, sur laquelle se voient un grand nombre de kystes que remplit une matière gélatiniforme. Je regarde cette altération, non comme le résultat de la suppuration du foie et constituant des abcès chroniques, mais bien comme des kystes acéphalocystes, dont les membranes ont disparu et ont été remplacées par une matière visqueuse, verdâtre, d'aspect gélatiniforme. J'infère cette manière de voir de la structure fibreuse, cartilagineuse avec incrustations osseuses, des parois des kystes, de leur épaisseur et de leur énucléation facile. Il est sans exemple qu'un abcès chronique ait présenté une semblable disposition : les parois peuvent être fibreuses, mais jamais aussi épaisses, jamais pénétrées d'incrustations calcaires, jamais facilement séparables des parties voisines.

Du reste, cette altération présente l'exemple d'un des modes de guérison des kystes acéphalocystes, mode de guérison dans lequel ces kystes sont revenus sur eux-mêmes, les acéphalocystes ont disparu et ont été remplacés par une matière visqueuse, gélatiniforme, qui semble n'avoir d'autre usage que celui de remplir les vides que présente la poche racornie et comme ratatinée.

Quant à la disposition anfractueuse de la poche, elle suppose ou que cette poche était primitivement anfractueuse, ce qui est rare, ou que les anfractuosités sont le résultat du retrait inégal du kyste, qui s'est effectué plus ou moins complètement, suivant les obstacles qu'il a rencontrés.

C'est à la constitution des parois du kyste bien plutôt qu'aux matières contenues (et ces matières ont presque toujours l'apparence gélatiniforme), que j'ai pu reconnaître le caractère originairement acéphalocyste de plusieurs kystes hépatiques qui m'ont été présentés. Ainsi, 1° dans les derniers temps de mon séjour à la Salpétrière, ayant rencontré sur le corps d'une vieille femme, morte de toute autre maladie, un foie à la surface convexe duquel proéminait une tumeur hémisphérique, j'incisai cette tumeur, et je trouvai qu'elle était formée par

un kyste très épais et très dense, renfermant une matière gélatineuse. Ce kyste présentait un certain nombre d'arrière-cavités ou d'anfractuosités, qui s'ouvraient dans la poche principale par des orifices étroits. Des plaques crétacées occupaient la surface de la poche, surtout celle des arrière-cavités, et je conclus à la nature acéphalocyste de ce kyste.

La preuve que ces kystes appartenaient au genre des acéphalocystes se trouve encore dans les faits suivans, où la présence des membranes acéphalocystes flétries établit leur caractère de la manière la plus invincible.

2° Un kyste proéminent à la surface convexe du foie était réduit au volume et à la forme d'une petite noix. Il était multiloculaire; ses parois étaient fibreuses: il contenait une matière jaune foncé, semblable à du mastic, et une membrane gélatineuse, ramassée sur elle-même, qu'on pouvait aisément reconnaître pour une poche acéphalocyste. Cette membrane, comme floconneuse, pouvait encore être développée. Ce kyste était unique. Je l'ai considéré à juste titre comme l'un des modes de guérison des kystes acéphalocystes.

3° Sur le corps d'une femme âgée de la Salpétrière, morte de toute autre maladie, je trouvai un kyste hydatique occupant la convexité du foie, dont il atteignait la surface: il adhérait au diaphragme. Ce kyste à parois fibro-osseuses contenait des membranes acéphalocystes flétries, et une matière comme pultacée. Je me suis demandé si cette matière pultacée n'était pas formée par du pus concret. Il était aisé de voir que ce kyste avait été beaucoup plus volumineux, et que j'avais sous les yeux un exemple d'un des modes de guérison les plus habituels des kystes acéphalocystes du foie.

4° C'est toujours d'après les mêmes principes que j'ai cru devoir rapporter à un kyste acéphalocyste du foie l'altération suivante, trouvée sur le corps d'un enfant de douze jours, mort œdémateux et ictérique. Les intestins adhéraient entre eux et avec les parois abdominales. Le foie contenait, dans son épaisseur et du côté de la face inférieure un kyste à parois denses, fibreuses, cartilagineuses et osseuses. Ce kyste communiquait avec cette portion du gros intestin, qui établit, pour ainsi dire, la limite entre le cœcum et le colon ascendant. J'ai pensé que cet enfant avait eu un kyste acéphalocyste du foie, que ce kyste était devenu adhérent au gros intestin, qu'une péritonite adhésive générale avait été probablement la conséquence de ce travail local, et que les acéphalocystes avaient passé de la poche hépatique dans le gros intestin. D'après cette manière de voir, toutes ces altérations auraient eu lieu pendant la vie intrà-utérine, ce qui n'étonnera nullement ceux qui ont fait une étude particulière des maladies du fœtus, et qui ont comme moi constaté la présence non-seulement des inflammations chroniques, mais encore des tubercules, même du cancer chez des enfans nouveau-nés. (1)

(1) Voyez Ch. Billard: *Traité des maladies des enfans nouveau-nés*, Paris, 1837, page 452.

CANCER DU FOIE.

Tubercules cancéreux du foie.

(Planche v, xxiii[e] livraison.)

Les tubercules cancéreux et masses cancéreuses du foie sont tantôt *primitifs*, tantôt *consécutifs*. Les premiers sont indépendans de toute autre maladie cancéreuse préexistante; les seconds succèdent à une maladie cancéreuse siégeant dans un organe plus ou moins éloigné.

Il est des sujets chez lesquels la maladie cancéreuse naît et se développe dans un seul organe, dans le foie en particulier, sans se manifester dans d'autres points de l'économie, et fait périr les sujets par suite de l'altération locale, soit que cette altération locale entraîne une lésion grave des fonctions, soit qu'il en résulte l'épuisement des forces. Dans ce cas, le cancer se comporte comme une maladie purement locale. Il en est d'autres chez lesquels le cancer se développe simultanément dans un grand nombre de points à-la-fois; de telle sorte que toutes ces altérations paraissent le résultat d'une infection générale de l'économie.

Enfin, dans une troisième série de cas, le cancer débute dans un point circonscrit de l'économie, d'où, comme d'un foyer d'infection, il se propage successivement à un très grand nombre d'organes : il semblerait que, dans cette catégorie de faits, la maladie a été d'abord purement locale; que, du lieu primitivement affecté comme d'un centre, le suc cancéreux s'est répandu dans l'économie, qui est bientôt infectée tout entière. Or, je ne saurais assez insister sur l'analogie qui existe, sous ce rapport, entre l'infection purulente suite de phlébite, et l'infection cancéreuse. Le foie et le poumon, voilà les deux organes qui reçoivent le plus habituellement et le plus promptement les effets de l'un et de l'autre modes d'infection; j'ai dit ailleurs que les foyers cancéreux affectaient, dans le poumon et dans le foie, le même siége que les foyers purulens; que les uns et les autres étaient quelquefois accompagnés de la présence du pus ou du suc cancéreux dans les veines d'un moyen calibre; que les faits, l'analogie m'autorisaient à les considérer comme siégeant dans le système capillaire veineux; que, de même que les abcès consécutifs à une phlébite me paraissaient le résultat d'une phlébite purulente consécutive, de même les foyers ou abcès cancéreux me paraissaient le résultat d'une phlébite cancéreuse consécutive.

Le cancer à la mamelle est, de tous les cancers, celui qui est doué au plus haut degré de la funeste puissance d'infecter l'économie tout entière; ce qui tient peut-être à cette circonstance que l'altération même profonde des mamelles ne portant le trouble dans aucune fonction importante, le cancer peut parcourir impunément toutes ses périodes.

Le foie représenté pl. v, xxiii[e] livr., appartenait à une femme qui a succombé par suite d'un cancer mammaire : il m'a paru remarquable par son défaut de développement qui contraste avec le développement quelquefois énorme qu'acquiert le foie cancéreux : il ne l'est pas moins par la multitude de masses et de tubercules cancéreux, dont un grand nombre à l'état naissant, en sorte que l'on pouvait y étudier le cancer à ses diverses périodes depuis le premier moment de son apparition jusqu'au développement complet. Du reste, ici comme dans les cas analogues, la plus grande partie des tubercules et masses cancéreuses occupait la surface du foie. Les masses cancéreuses de la surface étaient proéminentes et déprimées au centre comme par des espèces de godets. La membrane péritonéale était épaissie à leur

niveau et comme cartilagineuse. Le lobe moyen ou lobe gauche du foie présentait proportionnellement un plus grand nombre de tubercules et de masses que le lobe droit.

La plus grande partie de ces masses et tubercules était très dense et à l'état qu'on désigne ordinairement sous le nom de *squirrhe*. Leur tissu criait sous le scalpel à la manière des cartilages, et paraissait essentiellement fibreux; et cependant la pression exercée sur la coupe de ces tumeurs en faisait suinter une grande quantité de suc cancéreux : quelques-unes de ces tumeurs ramollies présentaient l'aspect de l'encéphaloïde. Le suc cancéreux suintait de tous les points de la coupe à l'aide de la pression la plus légère. La charpente fibreuse de ces dernières tumeurs était beaucoup moins résistante que celle des tumeurs dures.

L'examen attentif de ces masses et tubercules m'a permis de voir : 1° que les tubercules n'étaient autre chose que les granulations du foie transformées; 2° que les masses étaient constituées par des groupes de granulations, que traversaient des espèces de cloisons formées par les vaisseaux du foie dont les parois étaient très épaisses et très denses; j'ai rencontré des grains glanduleux à moitié envahis.

Il est donc évident qu'ici, comme dans les abcès hépatiques, suite de phlébite, l'altération a lieu aux dépens de la granulation elle-même, et qu'elle n'est nullement constituée par le dépôt du suc cancéreux dans le tissu cellulaire intermédiaire aux granulations.

Chez ce sujet, la vésicule du fiel ne faisait plus partie des voies biliaires dont elle était séparée par l'oblitération complète du canal cystique. Sa cavité était remplie de pus et ses parois extrêmement épaisses et injectées.

N'ayant aucun renseignement sur le sujet auquel appartenait le foie représenté pl. v, XXIII^{e} livraison, j'y suppléerai par les observations suivantes, que j'ai recueillies à l'hospice de la Salpêtrière.

Cancer ulcéré à la mamelle droite chez une demoiselle de 26 ans.—Tubercules cancéreux au voisinage. Hydrothorax.—Quelques plaques cancéreuses superficielles occupant les deux poumons.— Quelques tumeurs carcinomateuses dans le foie.

M..., demoiselle, âgée de 26 ans, couchée à la division des incurables, portait à la mamelle droite un ulcère cancéreux circulaire de deux pouces et demi de diamètre.

Cet ulcère est d'une couleur vermeille, surmonté de bourgeons celluleux et vasculaires à la manière d'un ulcère simple: et bien que ses bords soient coupés à pic, une cicatrice de bonne nature couvre sa partie interne. Il paraît en voie de guérison. Tout autour règne une induration que surmontent des tubercules développés dans l'épaisseur de la peau. Un assez grand nombre de tubercules cutanés et sous-cutanés pisiformes se voyaient à une grande distance jusqu'au niveau des dernières côtes.

L'autre mamelle contenait dans son épaisseur plusieurs gros tubercules d'une dureté pierreuse, faciles à distinguer de la mamelle à raison de cette dureté.

Au bout d'un mois de séjour, la malade est prise de fièvre et d'oppression.

La percussion du thorax rend un son mat à droite; l'auscultation démontre une voix tubaire saccadée. L'épanchement constaté, j'annonçai que la cause de cet épanchement était dans le développement de tumeurs ou plaques cancéreuses formées, soit aux dépens de la plèvre, soit aux dépens du tissu du poumon.

La malade vécut en cet état pendant deux mois environ, et succomba épuisée par la fièvre et les sueurs : elle conserva l'appétit jusqu'au dernier moment.

Ouverture du cadavre. — La glande mammaire droite est convertie en une masse cancéreuse. La peau et le tissu cellulaire subjacent, qui ont subi une induration considérable, adhèrent intimement à la glande, mais sans participer à la dégénération. Dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire et de la peau sont développés des tubercules reconnaissables moins par leur densité que par leur forme globuleuse, et surtout par le suc cancéreux dont ils sont pénétrés. Des tubercules d'une dureté cartilagineuse, et pourtant tout pénétrés de suc cancéreux, sont développés au loin et dans l'épaisseur de la peau et dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané.

Quant à la glande mammaire dégénérée, je la divise par tranches, et j'en exprime une grande quantité de suc cancéreux qui sort à la manière du vermicelle. Bien que la mamelle parût adhérente aux parois osseuses du thorax, cependant le grand pectoral n'avait pas été envahi par la dégénération; seulement il était converti en tissu fibreux dans la moitié de son épaisseur.

La mamelle gauche contenait à son centre de gros tubercules très durs, desquels il m'a été impossible

d'exprimer une seule goutte de suc cancéreux. Leur nature m'a paru entièrement fibreuse. Il en est de même d'une induration de la portion de glande mammaire qui entoure le mamelon.

Thorax. — Dans la plèvre droite, épanchement d'une grande quantité de liquide de couleur citron, sans fausse membrane, sans aucune trace d'inflammation. La surface du poumon était parsemée de petites plaques circulaires d'inégales dimensions, d'un blanc demi transparent, semblables à des gouttelettes de cire qui auraient été versées sur la plèvre pulmonaire, et qui se seraient étendues en lames. Ces plaques étaient subjacentes à la plèvre, d'une épaisseur variable; elles étaient évidemment formées aux dépens de la couche la plus superficielle du poumon.

L'autre poumon présentait la même altération, mais sans épanchement.

Abdomen. — Le foie et les ovaires sont les seuls organes qui participent à la dégénération.

Le foie ne présente qu'une grosse masse cancéreuse et trois tubercules cancéreux. La masse cancéreuse occupe la surface; elle est creusée d'un godet; son tissu est extrêmement dur. Elle est traversée par des veines volumineuses perméables. Ses couches superficielles ont beaucoup plus de densité et moins de vascularité que sa partie centrale.

Les ovaires ont deux ou trois fois le volume ordinaire. Ils sont bosselés, durs; au centre est un tissu spongieux et vasculaire; à la circonférence sont de gros tubercules très denses constitués par un tissu fibreux pénétré de suc cancéreux.

Réflexions. — Ce qui frappe le plus dans cette observation, c'est : 1° l'âge de la malade, 26 ans, qui contraste avec la présence d'une infection cancéreuse bien prononcée.

2° L'infection cancéreuse qui s'est manifestée sur les organes suivans : 1° sur la mamelle gauche (tubercules); 2° sur la peau et sur le tissu cellulaire dans un rayon assez étendu (tubercules cutanés et sous-cutanés); 3° sur le foie (une grosse masse cancéreuse et trois tubercules); 4° sur les poumons (plaques cancéreuses superficielles très multipliées); 5° sur les ovaires (tubercules).

3° Je dois faire remarquer que le cancer consécutif du poumon se manifeste généralement de deux manières ou sous deux formes distinctes : 1° tantôt sous celle de grosses masses cancéreuses analogues à celles du foie; 2° tantôt sous celles de plaques superficielles analogues à des taches de cire. Dans ce dernier cas, la plèvre ou plus exactement le tissu cellulaire sous-pleural, paraît le siège de la maladie. Ces plaques, qui sont d'aspect cartilagineux, sont formées par du suc cancéreux infiltré, lequel, d'abord limité à la plèvre et au tissu cellulaire sous-pleural, finit par s'étendre au tissu pulmonaire lui-même.

4° L'infection cancéreuse porte bien plus fréquemment sur le foie que sur les poumons; et, dans le plus grand nombre des cas, lorsque les poumons sont affectés, il est bien manifeste que l'altération du foie a précédé celle du poumon. Dans le cas actuel, l'antériorité de la grosse masse cancéreuse du foie sur les plaques superficielles du poumon n'est pas équivoque; mais on a lieu de s'étonner que le foie n'ait présenté qu'une seule masse cancéreuse.

5° Le cancer consécutif des ovaires est un fait d'anatomie pathologique excessivement rare.

6° L'hydrothorax est extrêmement fréquent dans le cancer de la mamelle. Il reconnaît diverses causes : 1° l'extension de la dégénération mammaire aux muscles intercostaux, aux côtes et à la plèvre par continuité du tissu; 2° l'infection cancéreuse elle-même, indépendamment de tout rapport de continuité, infection dont un des résultats les plus ordinaires est la dégénération cancéreuse de la plèvre ou du tissu cellulaire subjacent, la dégénération cancéreuse du poumon.

Ce que je dis de l'hydrothorax s'applique aussi à la pleurésie dont l'hydrothorax est un des symptômes les plus constans.

Dans le cas suivant, les poumons seuls ont été le siège de l'infection cancéreuse. Il existait un seul tubercule dans le foie.

Cancer mammaire terminé par gangrène. — Mort par épuisement. — Tumeurs cancéreuses très multipliées dans les poumons. — Foie granuleux. — Un seul tubercule cancéreux dans le foie.

M..., âgée de 57 ans; cancer ulcéré de la mamelle gauche fournissant un ichor d'une extrême fétidité; gangrène superficielle d'abord et par points isolées, bientôt envahissante et s'étendant profondément, au point qu'il ne reste plus que quelques débris de la mamelle dégénérée. Epuisement; mort.

Ouverture du cadavre. — Au côté externe de la glande mammaire, tumeur fluctuante que j'avais cru devoir respecter pendant la vie; elle était formée par de la sérosité lactescente contenue dans une cavité multiloculaire; les parois de cette cavité étaient constituées par des ganglions axillaires dégénérés, qui semblaient se continuer avec la glande mammaire et qui étaient pénétrés d'une très grande quantité de suc cancéreux.

Le cancer était d'ailleurs limité à la glande mammaire elle-même; le grand pectoral était sain.

Les poumons étaient farcis de gros tubercules, dont quelques-uns superficiels, et dont le plus grand nombre occupait l'épaisseur de l'organe. Les tubercules superficiels étaient creusés en godets à la manière des tubercules du foie.

La section de ces gros tubercules a permis de constater qu'ils étaient formés par un tissu spongieux aréolaire, infiltré d'une très grande quantité de suc cancéreux, qui suintait comme d'une éponge de toute la surface de la coupe par l'effet de la plus légère pression. J'ai vu rarement des tumeurs pénétrées d'une plus grande quantité de suc cancéreux. Plusieurs tumeurs étaient à l'état naissant, et j'ai constaté de la manière la plus manifeste qu'elles n'étaient pas déposées au milieu du tissu pulmonaire intact, mais formées par ce tissu pulmonaire lui-même, infiltré de suc cancéreux à la manière du pus dans l'inflammation. Débarrassé par expression du suc cancéreux, le tissu pulmonaire apparaissait à peu de chose près avec ses caractères habituels.

Le foie était volumineux, jaunâtre, à granulations très prononcées. Je n'y ai trouvé qu'un seul tubercule cancéreux : deux ou trois granulations paraissaient sur le point de subir la dégénération cancéreuse.

Réflexions. — Rien de plus fréquent que de voir le cancer mammaire se terminer par gangrène. Or, tantôt la gangrène envahit successivement, et couches par couches, l'organe cancéreux; tantôt elle attaque l'organe par points isolés, mais dans une assez grande épaisseur; enfin, dans d'autres cas, elle s'empare de la totalité de l'organe, qui tombe en masse comme s'il avait été soumis à l'action d'un caustique. J'ai eu dernièrement sous les yeux un bel exemple de ce dernier mode de terminaison. La totalité de la mamelle cancéreuse est tombée. Une cicatrice de bonne nature s'est effectuée : je crus la malade guérie; mais bientôt de petites masses dures se manifestèrent dans l'épaisseur de la cicatrice : je les détruisis par le chlorure de zinc; mais bientôt de nouvelles masses plus profondes s'étant manifestées non-seulement au niveau de la cicatrice, mais encore au voisinage du creux axillaire, je m'aperçus que le cancer était comme une hydre à cent têtes toujours renaissantes, dont j'abattais vainement quelques-unes; que la maladie était dans le sang comme on le dit, que c'était dans le sang qu'il fallait l'atteindre. Mais à l'aide de quels moyens?

L'infection cancéreuse a porté, dans ce cas, presque exclusivement sur les poumons; le foie commençait à peine à en présenter les premières atteintes. Il serait curieux de rechercher pourquoi, chez tel individu, c'est par les poumons que débute l'infection, pourquoi, dans d'autres cas, c'est par le foie. Du reste, l'identité d'aspect entre les petites masses cancéreuses observées dans les poumons et les abcès multiples du même organe par suite de phlébite traumatique, était évidente; toute la différence consistait dans la qualité du liquide infiltré. Comment donc ne pas admettre pour l'infection cancéreuse la même théorie que pour l'infection purulente?

Du reste, chez notre malade aucun phénomène appréciable n'avait permis de reconnaître la lésion du poumon. Les symptômes de l'épanchement dans la plèvre ou de la pleurésie, que nous avons vu être la conséquence si fréquente de la présence de tumeurs cancéreuses dans le poumon sont, en général, les seuls qui en révèlent l'existence.

Dans le cas suivant, les poumons étaient sains, c'était le foie qui avait attiré sur lui la plus grande partie de la diathèse cancéreuse.

Cancer mammaire; extirpation; dégénérescence de la cicatrice et des muscles intercostaux. — Mort. — Cancer du foie; quelques indurations circonscrites du poumon; deux tubercules à la surface des reins.

M... avait subi l'opération du cancer à la mamelle, cinq à six mois avant son entrée à la Salpêtrière, où elle ne tarda pas à succomber avec tous les caractères de l'infection cancéreuse portée au plus haut degré. Il paraît que la cicatrisation de la plaie, suite de l'opération, ne s'était jamais complètement effectuée.

Ouverture du cadavre. — Tumeur mammaire adhérente aux muscles intercostaux envahis, aux côtes et au poumon correspondant.

Les muscles intercostaux qui avaient subi la dégénération présentaient encore quelques vestiges de fibres musculaires et aponévrotiques.

Une côte qui était cancéreuse présentait, entre deux lames compactes fort minces, une assez grande quantité de suc cancéreux ayant l'aspect d'une bouillie, ici blanchâtre, là rougeâtre.

Le poumon, qui adhérait à la plèvre costale dans une certaine étendue, offrait dans sa couche superficielle une induration qui, si elle avait été observée chez un individu non cancéreux, aurait pu paraître de nature tuberculeuse. Le poumon présentait çà et là quelques indurations qui paraissaient tenir le milieu entre la matière tuberculeuse et la matière cancéreuse, et dont le caractère cancéreux ne peut être établi que par la présence du cancer dans d'autres organes.

L'infection cancéreuse avait principalement porté sur le foie, dont la surface présentait une multitude de tumeurs légèrement proéminentes, creusées en godets, les unes blanches, les autres demi transparentes.

Une coupe du foie a montré que cet organe était farci d'une multitude de tumeurs, dont les unes, superficielles, soulevaient les membranes d'enveloppe, dont les autres se trouvaient disséminées à diverses profondeurs; quelques-unes soulevaient les couches superficielles du foie, qui était bosselé à leur niveau; un grand nombre avoisinaient les divisions des veines hépatiques, dont elles avaient diminué le calibre; et pour quelques-unes, la dégénération semblait s'être propagée aux parois veineuses.

Le volume, la couleur, la consistance de ces tumeurs hépatiques présentaient de nombreuses variétés. Les plus petites étaient demi transparentes et formées par un, deux, trois grains glanduleux dégénérés. Les grosses tumeurs étaient traversées par des vaisseaux et par des conduits biliaires. Sous le rapport de la couleur, il y en avait de blanches, il y en avait de rouges lie-de-vin; ces dernières étaient de consistance pulpeuse, et souvent la même tumeur présentait à-la-fois les deux colorations.

Sous le rapport de la consistance, plusieurs tumeurs étaient converties en bouillie blanche ou rougeâtre; d'autres offraient l'aspect d'une sorte de mucilage traversé par des vaisseaux. Le ramollissement, comme mucilagineux, en occupait généralement le centre.

Il a été évident que ces masses étaient formées par les granulations dégénérées du tissu du foie.

A la surface de chaque rein, se voyaient deux tubercules de même nature, c'est-à-dire de nature carcinomateuse.

Le rectum, l'utérus, les ovaires et les trompes adhéraient intimement entre eux.

Cancer à l'état liquide ou abcès cancéreux enkystés dans le foie par suite d'un cancer utérin. — Rondelle cancéreuse formée aux dépens de l'os frontal.

L'observation suivante est remarquable à beaucoup d'égards : elle nous montre 1° l'infection cancéreuse coïncidant avec un cancer utérin; 2° le cancer du foie sous l'aspect de poches ou kystes remplis de sucs cancéreux à la manière d'abcès enkystés, si bien que la plupart des personnes qui ont examiné la pièce pathologique, ont cru au premier abord avoir sous les yeux de véritables abcès du foie.

Une femme affectée de cancer utérin succomba dans le marasme, sans avoir accusé aucun symptôme du côté du foie, et sans présenter les caractères ordinaires de l'infection cancéreuse. Elle avait autrefois été travaillée par la goutte, qui avait eu pour résultat la luxation consécutive des articulations métacarpo-phalangiennes. (1)

A l'ouverture, nous trouvons que le cancer utérin a détruit le col utérin et perforé la paroi antérieure du vagin, et le bas-fond de la vessie. Les parois du vagin et de la vessie sont infiltrées de suc cancéreux, qui s'exprime en petits vers contournés à la manière de vermicelle. Le foie qui n'était pas plus volumineux que

(1) J'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois à la Salpêtrière ces luxations consécutives des articulations métacarpo-phalangiennes. La première phalange est fléchie à angle droit sur le premier métacarpien, dont l'extrémité inférieure est très saillante. La surface articulaire de la première phalange répond à la face antérieure du métacarpien correspondant. Les surfaces articulaires sont dépouillées de cartilages, rugueuses et déformées. Les tendons des extenseurs des doigts sont souvent déplacés et situés entre les articulations métacarpo-phalangiennes. Je n'ai jamais vu dans ce cas les concrétions d'urate et de phosphate de chaux, qui me paraissent caractéristiques des maladies goutteuses.

de coutume, présentait à sa surface l'aspect que lui donnent des masses cancéreuses contenues dans son épaisseur; mais une fluctuation insolite existait dans la plupart des masses, et cette fluctuation était exactement celle d'un abcès. Une ponction pratiquée dans une de ces tumeurs donne issue à un liquide bien lié, ayant la consistance du pus, mais présentant exactement l'aspect du suc cancéreux ou matière encéphaloïde. Plusieurs poches ou kystes sont successivement ouvertes et offrent la même disposition. L'une d'elles a le volume d'une orange. La plupart de ces poches étaient traversées par des colonnes que constituent des vaisseaux de diverses dimensions soutenus à l'aide d'un tissu fibreux. Les kystes présentaient une consistance fibreuse et une disposition aréolaire à leur surface interne; par leur surface externe, ils adhéraient intimement au tissu du foie dont les granulations adjacentes étaient atrophiées. S'il avait pu rester quelques doutes dans mon esprit sur la nature cancéreuse du liquide contenu dans ces poches, ils auraient été dissipés par la présence de masses ou tubercules cancéreux, qui offraient tous les degrés de la dégénération : ainsi plusieurs présentaient les caractères ordinaires des masses cancéreuses du foie : c'est-à-dire un tissu spongieux, aréolaire, à la manière d'un tissu érectile rempli de suc cancéreux. — Quelques-unes offraient au milieu de ce tissu aréolaire des granulations hépatiques jaunes, altérées, atrophiées : ailleurs le tissu aréolaire devenu de plus en plus rare est infiltré de suc cancéreux; plus loin les poches n'étaient traversées que par quelques colonnes de divers ordres qui disparaissaient complètement dans les poches plus avancées.

L'os frontal présentait en avant et à gauche, à côté de la fosse temporale, une perte de substance circulaire que remplissait une rondelle de masse cancéreuse. Cette rondelle adhérait à la dure-mère non altérée dans son tissu. Sa circonférence était reçue entre les deux lames compactes de l'os. Le pourtour de la perte de substance du frontal était rugueux; tous les autres os étaient sains.

MALADIES DU FOIE.

(PLANCHE IV , XXIX[e] LIVRAISON.)

LÉSIONS DE CANALISATION. — CALCULS BILIAIRES.

EXPLICATION DES FIGURES.

La fig. 1 représente la partie inférieure de la face convexe du foie. La douzième côte et le rebord cartilagineux de la base du thorax ont imprimé sur cet organe un sillon très prononcé. La douzième côte est marquée sur la figure par une ligne ponctuée. Toute la partie du foie qui est au-dessous de ce sillon débordait donc les côtes.

La vésicule du fiel très volumineuse VF descendait jusque dans la fosse iliaque droite.

La portion du foie correspondante à la fossette de la vésicule TF avait subi la transformation fibreuse.

La figure 2 représente la même vésicule vue du côté de la face inférieure du foie. On voit que le col de cette vésicule est rempli par un calcul biliaire anguleux CB, sur lequel elle se moule exactement.

La figure 3 représente la vésicule du fiel ouverte et vide de la sérosité visqueuse et limpide qu'elle contenait. Trois calculs à facettes flottaient au milieu de cette sérosité. Un quatrième calcul CB était enchâtonné ou enkysté de manière à pouvoir être difficilement retiré de l'espèce de châton dans lequel il était comme emprisonné. Le canal cystique CC y était très resserré, sans toutefois être oblitéré.

La figure 4 est destinée à faire opposition avec les figures précédentes, en montrant une vésicule biliaire extrêmement petite, très épaisse, embrassant étroitement avec adhérence deux calculs biliaires dont l'un très petit *cb*, qui occupe le fond de la vésicule FV, est contenu dans une poche tout-à-fait distincte du corps de la vésicule, laquelle contient un calcul ovoïde CB, à surface blanchâtre, granuleuse.

La figure 5 représente la coupe du gros calcul : son brillant micacé, ses aiguilles partant comme autant de rayons d'un centre occupé par une matière jaune, qui paraît avoir servi de noyau au calcul, attestent assez qu'il est composé de cholestérine.

La coupe du petit calcul (fig. 6) montre au centre une oncrétion biliaire plus considérable que dans le gros calcul et entourée d'une couche de cholestérine.

Réflexions. — 1° *De l'influence des corsets sur la forme du foie.* — La figure 1 montre un des effets des corsets sur le foie. La pression circulaire de ce vêtement s'exerçant essentiellement sur les dernières côtes, le foie est de tous les organes celui qui en reçoit l'influence la plus directe; il est allongé de haut en bas, aplati d'avant en arrière, et déborde souvent de plusieurs travers de doigts la base du thorax. Une empreinte circulaire, plus ou moins marquée sur la face convexe du foie, empreinte produite par la circonférence inférieure du thorax, établit le lieu auquel répondait cette circonférence inférieure. A cette empreinte s'ajoute presque toujours une ligne ou zone blanche très prononcée, qui résulte de la transformation fibreuse des parties du foie comprimées. Cette transformation se fait non-seulement aux dépens des membranes, mais encore aux dépens des granulations superficielles de l'organe.

Par l'effet de la pression circulaire du corset, le foie gagne en hauteur ce qu'il perd en largeur et en épaisseur, et il n'est pas rare de le voir atteindre par son grand lobe la fosse iliaque du côté droit, tandis que le moyen lobe déborde à peine le thorax.

La partie du foie qui est restée à sa place accoutumée participe aux changemens de forme qu'a subis la portion déplacée : elle soulève le diaphragme ; en outre, sa partie supérieure est sillonnée d'une, de deux, de trois rainures plus ou moins profondes, qui résultent du plissement antéro-postérieur du diaphragme.

Dans quelques cas, le corset étant fortement serré dans sa partie inférieure, le foie est refoulé entièrement en haut : son bord inférieur ayant seul supporté l'influence de la pression alors très considérable qui est exercée sur cet organe, a subi la transformation

fibreuse; mais le foie lui-même a été refoulé en haut et atteint par sa convexité le niveau de la cinquième et même de la quatrième côte.

Ces dispositions, qu'on trouvera indiquées dans mon *Anatomie descriptive*, et qui m'ont fait dire que le foie n'avait pas de forme particulière, mais que cette forme était déterminée par les organes environnans, sur lesquels il se moulait; ces dispositions, dis-je, sont très importantes à connaître en pathologie, et, depuis que j'ai étudié ce sujet, je ne commets plus l'erreur à laquelle conduit presque nécessairement l'exploration de la région occupée par le foie, et qui consiste à regarder comme malade tout foie qui déborde les côtes, et à mesurer, en quelque sorte, le degré de la maladie sur le degré de proéminence de cet organe dans les régions lombaire et ombilicale. Eh bien! il y a des foies qui descendent jusqu'à la fosse iliaque droite, et qui sont parfaitement sains.

2° *Des calculs biliaires de la vésicule.* — Rien de plus fréquent que la présence des calculs biliaires dans la vésicule, chez les personnes avancées en âge; mais ce n'est que dans des circonstances particulières et heureusement assez rares, que ces calculs biliaires vésiculaires déterminent des accidens. La vésicule du fiel et le canal cystique sont, en effet, des parties surajoutées aux voies biliaires, à travers lesquelles la bile peut presque indifféremment passer ou ne pas passer sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour la circulation de ce liquide et pour la digestion. Aussi, tandis que l'obturation du canal hépatique et celle du canal cholédoque par un calcul biliaire sont accompagnées des accidens les plus graves et souvent mortels, l'obturation du canal cystique et de la vésicule passe, pour ainsi dire, inaperçue, à moins de circonstances particulières, étrangères toutefois à cette obturation.

Un point intéressant d'anatomie pathologique consiste à déterminer ce qui peut advenir à la suite de l'oblitération complète, par un calcul ou par toute autre cause, du col de la vésicule biliaire. Or, voici le résultat de mon observation à cet égard.

La bile ne pouvant plus pénétrer dans la vésicule, cette poche s'isole complètement des voies biliaires. Toute la bile qu'elle contenait est absorbée, et alors deux choses peuvent avoir lieu:

1° Tantôt la vésicule du fiel, devenue inutile, revient sur elle-même, se flétrit, se moule en quelque sorte sur les calculs qu'elle contient, si toutefois elle contient des calculs (voyez fig. 4), adhère à leur surface et constitue un véritable kyste biliaire. Ce retrait, ce ratatinement de la vésicule du fiel, peut même aller jusqu'à l'adhésion de ses parois, lorsqu'elle ne contient aucun corps étranger: il n'y a plus alors apparence de vésicule biliaire. La fossette de la vésicule elle-même disparaît, si bien qu'on a pu croire, dans quelques cas de cette espèce, à l'absence congéniale de cette vésicule.

2° Tantôt la vésicule du fiel, bien qu'elle ne reçoive plus de bile, continue à exhaler de la sérosité et du mucus, quelquefois même en si grande abondance que, l'absorption n'étant plus en rapport avec l'exhalation, il en résulte une dilatation considérable de la vésicule comme dans le cas représenté fig. 1, 2, 3. Le liquide contenu est limpide, tantôt séreux, tantôt filant à la manière de la synovie, ou enfin complètement muqueux, jamais coloré par la bile, ce qui prouve bien l'absence des conduits hépato-cystiques chez l'homme.

Mais il arrive quelquefois que les kystes, formés par la vésicule biliaire, ainsi isolée des voies biliaires, sont le siège d'une inflammation. Cette inflammation peut se terminer de différentes manières: 1° par suppuration, et alors des adhérences s'établissent entre la vésicule et l'estomac, plus souvent entre le vésicule et le duodénum, entre cette même vésicule et l'arc du colon ou les parois abdominales, alors un travail d'élimination ou d'inflammation ulcéreuse s'établit dans les parois adossées de la vésicule et de l'une ou l'autre de ces parties, et le pus est évacué par l'une ou l'autre de ces voies. Dans quelques cas, les adhérences n'ayant pas eu lieu, ou bien le travail d'ulcération s'effectuant sur un des points non adhérens, il y a épanchement du liquide de la vésicule dans la cavité du péritoine, et cet épanchement est aussi promptement mortel que celui de la bile.

Les calculs biliaires de la vésicule, qui sont quelquefois la cause matérielle de cette inflammation, peuvent, à la suite d'une ulcération précédée d'adhérence, passer directement de la vésicule, soit dans l'estomac, soit dans le duodénum, soit dans le colon; ils peuvent en outre sortir à travers les parois abdominales, soit spontanément, soit par suite d'une ouverture artificielle.

J'ai eu occasion de voir plusieurs fois la communication de la vésicule du fiel avec le duodénum. Dans un de ces cas, cette vésicule était pleine de gaz, et sa compression faisait refluer les gaz dans le duodénum et réciproquement. La vésicule biliaire faisait donc partie intégrante des voies alimentaires. Aucun accident n'était d'ailleurs résulté de cette disposition. Deux fois de gros calculs biliaires, qui avaient passé directement de la vésicule dans le duodénum, sont devenus la cause d'un étranglement interne mortel. Dans l'un de ces cas, la malade avait éprouvé, à plusieurs reprises et à d'assez longs intervalles, tous les symptômes d'un étranglement interne, qui avait heureusement cédé sans que j'eusse pu me rendre un compte exact de leur cessation. La malade succomba à une dernière crise. A l'ouverture, je trouvai un gros calcul biliaire engagé dans la partie inférieure de l'intestin grèle, où il était comme étranglé, des cicatrices circulaires qui se voyaient dans des parties plus élevées de l'intestin grèle, et une escarre circulaire, située à une petite distance du calcul, m'ont paru répondre au nombre des crises éprouvées; et comme l'intestin grèle va en se rétrécissant, à mesure qu'il approche de la valvule iléo-cœcale, le calcul, après avoir franchi librement le tiers supérieur de cet intestin, puis après avoir éprouvé des obstacles temporaires dans le tiers moyen, a fini par être complètement arrêté dans le tiers inférieur.

Je terminerai ces réflexions par un fait que j'ai observé tout récemment et qui montre toute la gravité de l'inflammation de la vésicule biliaire. J'ajouterai que les inflammations de la vésicule biliaire doivent se diviser en celles qui ont lieu, la vésicule biliaire communiquant avec le reste des voies biliaires, et en celles qui ont lieu, la vésicule étant isolée de ces voies: je pense que les tumeurs biliaires sont bien plus souvent des cystites biliaires que des abcès au foie, et que les symptômes rapportés par J.-L. Petit à cette dernière maladie appartiennent bien plus souvent aux tumeurs de la vésicule. L'inflammation de la vésicule est la cause la plus fréquente des coliques hépatiques, qui cèdent, en général, bien plus promptement au traitement antiphlogistique, qu'au remède de Durande, dirigé contre les calculs biliaires dont il est censé opérer la dissolution.

Inflammation de la vésicule du fiel isolée des voies biliaires. — Sa perforation. — Péritonite limitée à la région du foie.

Madame Mazet, trente-quatre ans, d'une très forte constitution, d'un très gros embonpoint, me fait appeler le 11 septembre 1837: elle éprouvait une difficulté extrême de respirer avec douleur dans les hypochondres, surtout dans l'hypochondre droit. Elle avait besoin d'air et demandait sans cesse qu'on ouvrît les fenêtres, qu'on lui fît respirer du vinaigre; elle craignait à chaque instant de se trouver mal; elle était couverte de sueur, et pourtant la face n'était pas altérée. Le pouls était à peine fébrile. Le symptôme dominant était un sentiment d'angoisse et de suffocation.

M. le docteur Villeneuve, membre de l'académie royale de médecine, lui donnait des soins depuis trois jours. Le premier jour, application de sangsues à l'épigastre; le deuxième jour, saignée au bras; le troisième jour, application de sangsues sur le creux de l'estomac. La malade avait des momens d'angoisse tels qu'elle envoyait chercher sans cesse M. Villeneuve, pour le contremander quand le moment d'angoisse était dissipé.

Je vis là quelque chose d'obscur, d'indéterminé, dont je ne pouvais pas me rendre compte. J'assistai à quelques-uns de ces momens d'angoisse; il y avait sentiment de défaillance, besoin d'air, besoin de vinaigre sans altération de la face et du pouls. Je m'arrêtai à l'idée que nous avions affaire à une pleurésie diaphragmatique du côté droit. Des cataplasmes émolliens sur les hypochondres, des synapismes répétés furent associés aux moyens déjà prescrits.

Le 12 et le 13, état stationnaire, toujours mêmes angoisses, même sentiment de défaillance. Un vésicatoire sur le point douloureux, des laxatifs, un bain, furent employés. La malade descendit toute seule du pre-

mier étage qu'elle occupait, au rez-de-chaussée, pour prendre son bain (la baignoire ne pouvait être montée dans sa chambre, à cause de l'étroitesse de l'escalier), et elle remonta de même.

Le 14, au soir, M. Villeneuve et moi nous fûmes stupéfaits en trouvant les signes d'une péritonite des plus graves; ventre ballonné, sensible à la pression, surtout au-dessous du rebord des fausses côtes droites; pouls insensible; d'ailleurs face naturelle. La malade n'avait aucune conscience de sa position : elle raconte que, dans la matinée, au moment où elle se croyait beaucoup mieux, elle avait été prise tout-à-coup de frissons violens avec claquemens de dents, bientôt suivis des accidens indiqués.

Le pouls était tellement petit, le corps couvert d'une sueur tellement abondante, que nous ne crûmes pas la saignée pratiquable. Je pensai qu'il y avait péritonite par rupture, par perforation de quelque intestin, et nous annonçâmes aux parens une fin prochaine, et la nécessité de lui faire remplir immédiatement ses devoirs. Fomentations émollientes, synapismes.

Le 15, au matin, ballonnement plus considérable encore, pouls toujours misérable, filiforme, fuyant sous le doigt; douleur toujours très vive au-dessous de l'hypocondre droit. La malade, qui n'a nulle conscience de son état, sollicite une saignée, qui fut suivie d'une longue syncope, dont elle se releva très bien. Le sang était très couenneux.

Le soir, la douleur a disparu; exaltation d'idées, sans délire, sentiment de bien-être; épanchemens affectueux. Chaleur à la peau. Le pouls est moins misérable. Mort pendant la nuit.

Ouverture. Je m'attendais à trouver un épanchement gazeux dans le péritoine; point du tout : c'était une tympanite intestinale. Je croyais à une péritonite générale, point du tout : le péritoine était sain aux régions ombilicale, iliaque, hypogastrique. Nous rappelant alors que le siége principal des douleurs était l'hypochondre droit, nous nous dirigeâmes de ce côté, et nous vîmes des fausses membranes sur le mésocolon ascendant.

Abaissant alors l'arc du colon, je vis la vésicule du fiel flétrie, affaissée et presque entièrement vide; une très grande quantité de pus et de fausses membranes morcelées intermédiaires au foie et au diaphragme, et des adhérences couenneuses limitant, circonscrivant très exactement l'inflammation. Il y avait donc péritonite circonscrite à la région du foie.

Après avoir suffisamment étudié les parties, en place, j'enlevai le foie avec précaution, et nous vîmes que la vésicule du fiel avait des parois très épaisses, que son col était hermétiquement obstrué par un calcul de cholestérine, qui existait sans doute depuis long-temps, et qui isolait complètement la vésicule du reste de l'appareil biliaire, que nous avions affaire à une inflammation de la muqueuse vésiculaire, que cette inflammation s'était étendue à toute l'épaisseur des parois, d'où rupture du fond de la vésicule, péritonite, épanchement du pus de la vésicule dans le péritoine, péritonite circonscrite, mort avec une rapidité telle que l'épanchement de bile n'aurait pas pu produire d'accidens plus graves.

La circonscription de la péritonite était remarquable : elle était limitée, à gauche, par le ligament suspenseur du foie, de telle sorte que la péritonite diaphragmatique et hépatique était limitée à la région du lobe droit du foie. On peut se rendre compte de cette circonstance, en considérant que la rupture de la vésicule s'était faite par le fond de cette vésicule et même par la partie la plus élevée de ce fond, en sorte que l'épanchement ou plutôt le suintement avait eu lieu, de bas en haut, entre le diaphragme et le foie, à droite du sillon antéro-postérieur.

Je dis suintement plutôt qu'épanchement, et cette distinction est importante; car une péritonite générale aurait été la suite de l'épanchement à moins d'adhérence antérieure; mais une péritonite partielle a pu être la suite d'un suintement, par lequel le liquide, versé goutte à goutte, a permis à des adhérences salutaires de s'établir tout autour. En effet, la tunique péritonéale de la vésicule était non perforée, mais éraillée; la membrane muqueuse était perforée, une infiltration du liquide purulent de la vésicule avait eu lieu dans l'épaisseur des parois de cette vésicule entre la muqueuse et le péritoine, et cette dernière membrane avait cédé, moins par perforation organique ou vitale que par éraillement. J'ai observé plusieurs cas de perforation de la vésicule, qui m'ont présenté la même disposition, c'est-à-dire une ulcération large de la membrane muqueuse, souvent même plusieurs ulcérations de cette membrane, et perforation ou éraillement du péritoine dans un point éloigné.

Dans le cas où la vésicule est encore en communication avec le reste des voies biliaires, cette perforation a lieu par gangrène, et alors la bile s'épanchant brusquement dans la cavité du péritoine, la mort a lieu avec une extrême rapidité, à la manière de celle qui résulte d'un coup d'épée, avec épanchement de bile ou d'urine dans la cavité péritonéale.

MALADIES DU FOIE.

ABCÈS.

(PLANCHE 1, XL^{e} LIVRAISON.)

Les figures 1 et 1', Pl. 1, XL^{e} livraison, représentent le foie d'un malade dont je suis heureux de pouvoir donner l'observation avec tous ses détails.

Je fus appelé en consultation, le 28 novembre 1839, auprès de M. Gilliard, chirurgien dentiste, âgé de 32 ans, d'une constitution grêle et éminemment nerveuse, que je trouvai dans un état de malaise, d'angoisse extraordinaires : il se plaignait surtout d'une douleur abdominale à droite, le long du rebord des fausses côtes. M. le docteur Bertin, médecin ordinaire du malade, m'apprit que M. Gilliard, d'une santé naturellement délicate, avait éprouvé un très grand malaise le 24 et le 25, qu'il ne s'était pourtant alité que le 26, forcé qu'il le fut par un frisson suivi de chaleur, de fréquence et de petitesse dans le pouls, que les mêmes accidens s'étaient renouvelés à la même heure, le 27 et le 28: lorsque je le vis, il y avait rémission marquée dans les symptômes, le pouls était peu fréquent et faible. L'anxiété permanente et la douleur qu'augmentait la pression le long du rebord des côtes faisaient, en quelque sorte, le fond de cette maladie, et, sans trop l'approfondir, je crus y reconnaître quelque chose de rémittent, et j'ajournai mon diagnostic: des cataplasmes, des lavemens, la diète, des boissons adoucissantes me parurent seuls indiqués.

Je fus appelé de nouveau le 1er décembre, et voici ce que j'observai : teinte légèrement ictérique, urines également ictériques; angoisse extrême du malade; sentiment de défaillance tel, qu'il ne pouvait exécuter le moindre mouvement sans tomber en syncope; pouls filiforme, misérable, irrégulier; sensibilité très vive le long du rebord des côtes; je reconnus que le foie, qui, à ma première visite, ne débordait pas les côtes, proéminait manifestement dans l'abdomen. Je diagnostiquai une *hépatite aiguë :* l'indication était un traitement antiphlogistique. L'état du pouls, la disposition syncopale s'opposant aux émissions sanguines générales; nous nous contentâmes de dix-huit sangsues sur la région douloureuse. Un état syncopal plus prononcé en fut le résultat. Nous dûmes alors nous rabattre sur les émolliens et les frictions mercurielles à l'extérieur, et sur les purgatifs mercuriels à l'intérieur : les pilules de Belloste amenèrent des évacuations abondantes. Des bains avec plan mobile furent pris sans avantage marqué, mais sans syncope.

Du 1er au 7 décembre, la tumeur hépatique augmente de volume, au point qu'elle dépasse en bas l'ombilic et qu'elle empiète un peu sur l'hypochondre gauche : cette tumeur se reconnaît et se circonscrit en quelque sorte à la vue; sa dureté permet de la circonscrire parfaitement à l'aide du toucher. Le 9 décembre, une fluctuation profonde, molle, pâteuse, déjà soupçonnée les jours précédens, devient manifeste. L'indication de donner issue au pus était évidente, et il ne pouvait pas y avoir d'incertitude sur la préférence à donner au caustique sur l'instrument tranchant; en conséquence, application de deux grains de potasse caustique. Deux jours après, le 9 décembre, deuxième application d'un grain au centre de l'eschare incisée; le 11, troisième application d'un grain: les deux dernières n'ont été que d'un grain, parce que j'ai eu occasion d'observer qu'un grain et même qu'un demi-grain de potasse caustique, appliqué sur les tissus sous-cutanés, agit beaucoup plus profondément que plusieurs grains appliqués sur la peau. Le 11 au soir, j'incise couche par couche l'eschare avec une lancette et j'arrive au foyer : il s'écoule à-la-fois une sérosité lie-de-vin et du pus louable, blanc, visqueux, grumeleux. Ce pus et cette sérosité sanguinolente ont une odeur particulière, fade, qui me rappelle celle des eaux de l'ammios. Ne désirant pas que la totalité du liquide s'écoulât, j'applique sur l'ouverture un emplâtre de diachylon. Le 12, le malade est soulagé, bien que le liquide ait cessé de couler. Une sonde cannelée, insinuée au fond de la plaie, pénètre difficilement dans le foyer et n'amène que quelques gouttes de liquide.

Le 12 au soir, je me décide à agrandir l'ouverture de bas en haut, à l'aide d'un bistouri boutonné. Il s'écoule d'abord du pus blanc, grumeleux, louable, puis du sang bien pur, que je crus d'abord venir du foyer, mais qui provenait bien manifestement d'une artériole ouverte, soit aux dépens du foie, soit aux dépens des parois abdominales: quatre assiettes ordinaires furent remplies de sang vermeil qui se coagula à l'instant même. Craignant, à juste titre, l'épuisement du malade, je pris le parti d'arrêter l'hémorrhagie à l'aide d'un obturateur formé par la charpie anglaise, la charpie ordinaire aurait exposé à laisser quelques brins dans le foyer. La nuit qui avait suivi l'ouverture du foyer avait été excellente, celle qui suivit cette hémorrhagie fut affreuse : syncopes continuelles, et M. Bertin, appelé, fut obligé de soutenir la vie au moyen du vin de Madère étendu d'eau, et de potions toniques avec eau de canelle et carbonate d'ammoniaque.

Le 13, au matin, je retire la mèche, il s'écoule encore du sang avec le pus; j'obturai de suite pour éviter l'accident de la veille. Depuis l'hémorrhagie, la teinte ictérique, jusque-là légère, est beaucoup plus prononcée, et la matière colorante verte des urines a augmenté dans la même proportion. Toute la journée du 13 fut mauvaise. Le malade éprouvait un sentiment continuel de défaillance, qui obligea d'avoir sans cesse recours au vin de Madère. Le soir, j'évitai de retirer la mèche, pour prévenir le retour de l'hémorrhagie. Pendant la nuit, l'état syncopal fut moindre.

Le 14 au matin, pour la première fois, je trouvai une réaction fébrile très prononcée, et cette réaction me donna un peu d'espérance. La teinte ictérique a diminué d'une manière sensible, ce qui tient probablement à ce que le sang colore un peu plus la peau que les jours précédens; je retire la mèche et rien ne s'écoule. Je n'insiste pas pour provoquer l'issue du pus, de peur de renouveler l'hémorrhagie; je me contente d'introduire une mèche fort mince propre à servir de filtre.

Le 15 décembre, la réaction fébrile continue, le pouls est plein, fort, à 120. Le contraste de cet état avec celui des jours précédens est vraiment extraordinaire; au sentiment de défaillance a succédé un sentiment de force et de mieux-être. Le pus ne s'étant pas écoulé à la suite de l'extraction de la mèche, je me décide à introduire, dans le foyer, avec beaucoup de ménagement, une pince à anneaux; elle pénètre facilement jusqu'au clou de jonction des deux branches; à ce point je m'arrête, bien que l'extrémité de l'instrument explorateur n'eût rencontré aucun obstacle; du pus lie-de-vin clair apparaît et suinte toute la journée sous le cataplasme. La tumeur hépatique a sensiblement diminué de volume, elle est moins proéminente, elle atteint l'ombilic, mais ne le déborde pas.

Du 16 au 20 décembre, surviennent, le soir, des frissons irréguliers suivis de sueurs : nuit très anxieuse. Le pus qui s'écoule est toujours lie-de-vin clair et peu abondant; quelquefois même l'écoulement tarit, bien que l'ouverture soit assez considérable pour admettre librement une pince à anneaux. Cette difficulté dans l'issue du liquide tient probablement au rapprochement des faisceaux du muscle droit qui a dû être nécessairement traversé par le caustique. La petite mèche suspendue les jours précédens est réintroduite pour servir de filtre. Le volume du foie reste stationnaire, et il paraît évident qu'il se fait, dans cet organe, un travail sourd qui, tôt ou tard, éclatera par de graves accidens; est-ce un nouvel abcès? est-ce une inflammation de mauvaise nature des parois du foyer?

Le 20 décembre, matin, l'extraction de la mèche est suivie d'un flot de sanie lie-de-vin et de caillots sanguins noirâtres et décomposés, d'une horrible fétidité. L'écoulement continue toute la journée et les jours suivans jusqu'au 27, au grand soulagement du malade. L'appétit revient, les forces semblent renaître. Je me demande quelle est la source de ce sang corrompu, sanieux, horriblement fétide. Y a-t-il dans le foyer quelques eschares gangréneuses qui se seraient détachées et dont la séparation aurait été suivie d'hémorrhagie? y a-t-il rupture de quelques-unes de ces brides vasculaires qu'on rencontre si souvent dans les abcès? s'est-il opéré une exhalation sanguine dans les parois du foyer? Quelle que fût la cause de cette extravasation sanguine, nous avions à redouter une hémorrhagie dans le foyer, et c'est, en effet, ce qui est advenu. A la suite de matières sanieuses et fétides, s'est échappée par la plaie une grande quantité de sang rutilant, de caillots sanguins. Le malade faiblit, il est couvert de sueur, son pouls devient filiforme: état syncopal permanent. Quelle est la source de cette hémorrhagie artérielle? Est-elle la même que celle qui a eu pour résultat les matières sanieuses et fétides des jours précédens, et n'y aurait-il d'autre différence entre ces deux espèces de sang que dans la durée du séjour, le sang vermeil s'écoulant immédiatement après sa sortie des vaisseaux, et le sang fétide ne s'écoulant qu'après un séjour plus ou moins long? Cela me paraît probable, et je suis fondé à admettre que la cause de cette hémorrhagie est dans la rupture de quelques vaisseaux; rupture spontanée ou provoquée par l'introduction de la mèche dirigée par la pince à anneaux. Du reste, rien de plus facile que d'arrêter cette hémorrhagie. Il suffit de fermer l'ouverture par une mèche de charpie, et de la maintenir bouchée à la faveur d'une légère compression. Forcé de s'accumuler dans le foyer, le sang exercera contre les parois une compression qui suffira pour obturer les vaisseaux. Dans le cas, au contraire, où cette hémorrhagie viendrait des parois abdominales et prendrait sa source dans le trajet de la plaie, la tente de charpie suffira pour l'arrêter; et, en effet, l'hémorrhagie n'a plus reparu. La tente, retirée avec beaucoup de précaution au bout de quarante-huit heures, a donné issue à du sang putride, et, depuis ce moment, la poche s'est vidée sans hémorrhagie nouvelle.

Du 29 décembre au 6 janvier, l'état local est parfait; le foyer se vide; le volume du foie, qui avait déjà notablement diminué depuis l'écoulement sanieux, se réduit de plus en plus. L'exploration du foie et de la partie voisine de l'abdomen n'occasionne aucune douleur. L'ictère a complètement cessé. L'état général n'est pas tout-à-fait aussi satisfaisant: le malade, dans le cours de sa maladie, avait présenté à plusieurs reprises de l'exaltation, poussée jusqu'au délire maniaque. Je l'attribuais à une constitution éminemment irritable, à une grande souffrance, à une grande perte de sang, et peut-être à une nourriture trop stimulante. M. le docteur Bertin, médecin ordinaire du malade, et dont le concours éclairé et dévoué m'a été si utile

dans le traitement de cette longue maladie, a long-temps pratiqué la médecine en Angleterre. Il craignait la faiblesse par dessus toute chose, et considérait comme première indication de soutenir les forces par du jus de côtelettes, de bœuf, de bons potages et du vin de Madère. Mon confrère ne redoutait pas moins le séjour, dans le canal intestinal, d'une bile âcre, de matières fécales et de mucosités, et conséquemment, toutes les fois qu'il n'y avait pas de garde-robes, une pilule d'extrait de coloquinte de trois grains était administrée et amenait des selles bilieuses. Je ne blâme nullement cette méthode; je crois même que, dans le cas actuel, elle peut avoir eu quelques avantages: je raconte seulement toutes les circonstances de cette cruelle maladie.

L'exaltation cérébrale avec exacerbation est à-peu-près permanente: en même temps fréquence extrême dans le pouls, qui va jusqu'à cent quarante pulsations, et néanmoins appétit dévorant. Le malade mange sans choix et sans mesure, ce qui ne contribue pas peu à entretenir l'excitation fébrile. Nous insistons sur la nécessité du régime; mais ce conseil n'est pas suivi.

Du 6 janvier au 20 février, persistance de la fièvre avec redoublement le soir. L'appétit, excellent jusque-là, commence à fléchir. Petite toux sèche, surtout pendant le redoublement; sueurs nocturnes; amaigrissement, L'état local du foie ne rend nullement compte de l'état général: il n'existe plus à l'épigastre qu'une petite plaie fistuleuse, qui donne un peu de suppuration. Le foie est revenu à peu de chose près à son volume normal. Je soupçonne des tubercules pulmonaires, mais je n'en acquis la certitude qu'au commencement de mars. La vie et les souffrances du malade se prolongèrent jusqu'au commencement de mai, cinq mois et demi après l'invasion de la maladie, en présentant les diverses phases de la phthisie pulmonaire aiguë, développée chez un individu excessivement irritable.

Ouverture du corps. Les poumons adhérens étaient farcis d'une multitude innombrable de tubercules non ramollis, qui étaient groupés par masses. On voyait çà et là quelques petites cavernes. L'état du foie devait appeler toute notre attention. Or, voici ce que nous avons observé: un stylet introduit dans le pertuis fistuleux, qui existait encore à l'épigastre, a servi de conducteur à un bistouri, à l'aide duquel je suis arrivé dans un vaste foyer purulent GAH, fig. 1, planche 1, foyer anfractueux, situé dans l'épaisseur du foie, au niveau de la face convexe du lobe droit L D. Ses parois ont la couleur ardoisée des tissus qui ont été le siège d'une inflammation chronique; sa cavité est traversée par des brides nombreuses, irrégulières, dont quelques-unes ont été rompues. Ce foyer pénètre profondément dans l'épaisseur du foie; sa paroi antérieure, intimement adhérente au diaphragme et à la paroi antérieure de l'abdomen, était constituée par une couche hépatique mince, couche hépatique qui a dégénéré en tissu fibreux dans une certaine partie de son étendue.

Le même lobe droit du foie présente, au voisinage du bord supérieur, deux foyers purulens, superficiels p a b, p' a' b', dont l'un contenait un pus verdâtre et l'autre un pus orangé; à côté de ces abcès était du pus compacte infiltré.

La figure 2 présente un abcès considérable enkysté F P, situé dans l'épaisseur du lobe droit du foie, au voisinage de son bord postérieur. Le kyste était intimement adhérent au tissu du foie et d'une énucléation à-peu-près impossible. A côté de ce foyer purulent, au voisinage d'une veine hépatique, est une tache orangée que je suis fondé à regarder comme la cicatrice d'un ancien foyer purulent. Du reste, intégrité parfaite du tissu du foie au voisinage de tous ces foyers.

Réflexions. Le fait qu'on vient de lire est le seul cas d'hépatite suraiguë idiopathique avec autopsie, que j'aie eu occasion de rencontrer dans ma pratique. La vaste étendue de l'inflammation, dont nous ne pouvons nous faire qu'une idée fort imparfaite par la dimension du foyer GAH représenté figure 1, et l'acuité de l'état inflammatoire, expliquent la gravité des accidens qui ont signalé le début et la première période de la maladie. Ici le diagnostic était facile. Le siège et la vivacité de la douleur, le développement aussi rapide que considérable du foie qui proéminait à l'épigastre et dans le flanc droit sous la forme d'une tumeur sphéroïdale, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard. Je ne parle pas de la teinte ictérique de la peau, à laquelle je n'attache qu'une médiocre importance sous le rapport du diagnostic de l'hépatite.

J'ai quelques observations pratiques à faire sur la douleur et sur le développement du foie dans l'hépatite, et d'abord sur la douleur.

1° Il est rare que, dans l'inflammation du foie, la *douleur hépatique* atteigne le degré d'acuité dont il a été question dans l'observation précédente. Le plus ordinairement, elle est obtuse, et même si obtuse, qu'elle n'est qu'un malaise dont la malade a à peine la conscience, à tel point qu'on est obligé de provoquer sa manifestation. La pression exercée sur l'épigastre, le

long du rebord des côtes et même sous les côtes, ne développe souvent aucune sensibilité. Je dois dire cependant que, dans quelques cas, la pression exercée en arrière, le long de la dernière côte, est plus impatiemment supportée que la pression pratiquée en avant, le long du rebord cartilagineux de la base du thorax. Dans quelques cas aussi, c'est en promenant le doigt avec pression dans les espaces intercostaux qui correspondent au foie, que la sensibilité de cet organe est mise en jeu. D'autres fois, c'est en faisant placer le corps horizontalement et en refoulant les viscères fortement de bas en haut, et de gauche à droite, qu'on éveille une sensibilité jusqu'alors inaperçue; mais le meilleur moyen de développer la sensibilité morbide du foie, c'est la percussion pratiquée sur l'hypochondre droit. Cette percussion, en déterminant une commotion ou ébranlement général des molécules du foie, met en lumière les nuances les plus légères de la douleur de cet organe. Parmi les exemples que je pourrais citer à l'appui de ces réflexions, je me contenterai de celui d'une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui entra à l'hôpital de la Charité pour un ictère. Quinze jours auparavant, cette jeune fille était tombée de plusieurs pieds avec une échelle, dont la base, mal affermie, avait glissé sous elle : je dus rapporter cet ictère à une commotion ou contusion du foie, d'autant plus que la malade accusait un malaise épigastrique, qui se prolongeait, en quelque sorte, du côté droit et nullement du côté gauche, et je traitai cet ictère par les saignées générales et locales et par les purgatifs. L'ictère disparut; mais il resta une inappétence, et même un dégoût des alimens, des nausées, un malaise général, un mouvement fébrile, qui résistèrent à la diète, aux bains, aux laxatifs, et me firent craindre une suppuration du foie. L'exploration par les moyens ordinaires ne m'ayant laissé que des doutes à cet égard, et d'ailleurs le foie ne débordant en aucune manière la base du thorax, j'eus recours à l'*exploration par commotion*, et, en effet, toutes les fois que la percussion portait sur la région du foie, la malade éprouvait une douleur très prononcée, qu'elle exprimait par un mouvement ou par une plainte. Je diagnostiquai donc un abcès chronique du foie. L'état de la malade restant stationnaire, je l'engageai à aller prendre l'air de la campagne, où habitaient ses parens : elle revint plus souffrante encore au bout de quinze jours. Elle resta deux mois encore à l'hôpital, n'éprouvant de mes soins assidus et variés de mille manières, qu'un soulagement passager. Elle sortit de nouveau, dans un état de langueur, d'inappétence absolue, de pâleur, de malaise, de dépérissement, qui me fortifiaient de plus en plus dans ma manière de voir. Les règles n'avaient pas reparu depuis son accident. Elle vint plusieurs fois à ma consultation particulière, et toujours dans le même état. Un jour, cinq mois environ après l'accident, je vis entrer dans mon cabinet cette jeune fille, pleine de fraîcheur, de gaîté et de force. Elle me raconta que, désespérant de trouver la santé dans la médecine, elle avait eu recours à des prières, et qu'un jour, à l'église, après l'accomplissement d'un acte religieux, elle avait senti un mouvement extraordinaire dans son ventre, bientôt suivi d'un besoin impérieux d'aller à la selle; qu'elle avait rendu beaucoup de matières (du pus); qu'au même instant, elle avait eu le sentiment de sa guérison, et qu'elle était sortie de l'église, en disant : « Un miracle a été opéré en moi, je suis guérie »: qu'en effet, en peu de jours, elle avait recouvré ses forces, son appétit, sa fraîcheur et un commencement d'embonpoint. Cette jeune fille croyait avoir été le sujet d'un miracle, et elle venait me demander naïvement une attestation, par laquelle une maladie de cinq mois, qui avait résisté à tous les moyens de l'art, et jugée, disait-elle, incurable, avait été guérie miraculeusement. En lui refusant cette attestation, je tâchai de lui faire comprendre que l'instantanéité et la plénitude de sa guérison coïncidant avec l'ouverture d'un abcès du foie dans l'intestin, l'un et l'autre pouvaient s'expliquer tout naturellement par les lois ordinaires de la vie.

2° Relativement au développement du foie, il est fréquent de voir, chez les femmes qui ont fait usage de corsets fortement serrés, le foie déborder les fausses côtes et descendre jusqu'à l'ombilic, et même jusque dans la fosse iliaque droite, chassé qu'il est de la place qu'il occupe par la constriction circulaire qui porte sur la base du thorax. Or, comment distinguer ces foies proéminens par déformation, des foies proéminens par phlegmasie? Rien de plus facile. Dans ce

dernier cas, la partie du foie proéminente est sphéroïdale, tandis que, dans le premier cas, elle est amincie, aplatie, déprimée.

L'histoire des abcès du foie est bien loin d'être faite encore, ce qui tient peut-être à ce qu'on a confondu pêle-mêle toutes les espèces d'abcès hépatiques, sans établir entre eux des distinctions déduites de leur origine. Je renvoie à cet égard à ce que j'ai dit ailleurs (1). Je ne puis résister au désir de rapporter ici une observation qui prouvera que la phlébite n'est pas la cause unique des abcès multiples du foie, que ces abcès multiples peuvent reconnaître pour cause l'inflammation des dernières divisions des conduits biliaires, et constituent une espèce bien tranchée d'abcès du foie.

Maladie du foie. — Ictère fébrile. — Abcès biliaires extrêmement multipliés, dont le siège est dans les radicules biliaires et tout autour de ces radicules.

Femme Godet (Louise), 45 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Charité le 9 mai 1840, pour un ictère bronze qui existait depuis dix jours. Cet ictère est accompagné de fièvre. Pouls à 108. Or, l'*ictère fébrile* est toujours chose grave. Je porte donc tout d'abord un prognostic fâcheux, et cependant la malade n'accuse aucune douleur dans la région du foie : l'exploration ordinaire ne développe aucune sensibilité (je n'avais pas encore mis en usage l'exploration par commotion). Le foie ne présente d'ailleurs aucune augmentation de volume. Voici les commémoratifs :

La malade est bien réglée; elle n'a jamais eu d'enfans. Il y a treize ans qu'elle a été paralysée du côté droit, et cette paralysie a mis un terme fort long à se dissiper complètement. La malade était sujette depuis long-temps à des douleurs obtuses du côté droit, qu'elle calmait à l'aide de cataplasmes. Du reste, elle n'a jamais éprouvé ni coliques, ni vomissemens, ni même envies de vomir. Le 20 mars dernier, elle fut prise pour la première fois d'une jaunisse qui se dissipa au bout de douze jours et ne s'est reproduite que dix jours avant l'entrée de la malade.

Diagnostic. Il y a obstacle au cours de la bile, lésion de canalisation des voies biliaires. Mais quelle en est la cause? Sont-ce des calculs biliaires? est-ce une tumeur carcinomateuse ou autre, qui comprime les voies biliaires? est-ce une inflammation de ces mêmes voies? Il m'est impossible de résoudre ces diverses questions.

Traitement. Ventouses scarifiées sur la région du foie : six onces de sang. Cataplasmes, bains, lavemens. Sérum ; limonade citrique.

Le mouvement fébrile disparaît ; à sa place, sentiment de débilité extrême. Aucune douleur, aucune intumescence à la région du foie ; la pression la plus forte ne développe aucune sensibilité.

Les jours suivans, la malade paraissait en voie d'amélioration et même de guérison. L'ictère avait presque entièrement disparu ; l'appétit et les forces commençaient à renaître, lorsque le 28 mai surviennent un malaise général, une angoisse avec toux d'irritation, fréquence et petitesse du pouls, envies continuelles d'uriner, douleurs hépatiques, réapparition de l'ictère.

Les sangsues, les bains, les cataplasmes, etc., diminuent la violence des symptômes, et enlèvent la douleur.

Le 6 juin, diminution de l'ictère, mais prostration, inappétence, malaise général ; la fréquence du pouls persiste. Point de douleur, point d'augmentation de volume du foie. Stomatite couenneuse. — Sérum avec crême de tartre soluble. Selles abondantes.

Le 8 juin, je reconnais un peu d'épanchement dans le péritoine, et l'abdomen est sensible à la pression. Le 14 juin, pour la première fois, vomissemens, selles involontaires. Les jours suivans, affaissement de plus en plus profond, immobilité. Eschares au sacrum. Les membres inférieurs s'infiltrent, et l'œdème devient général. Cris de douleur pendant la nuit, qui m'obligent à donner des calmans. La malade conserve sa connaissance jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 3 juillet, cinquante-cinq jours après son entrée. D'ailleurs, aucun phénomène du côté du cerveau ; seulement, le 2 juillet, veille de sa mort, la malade ne répondit pas à mes questions, et je ne pus obtenir d'elle que la sortie de sa langue.

Ouverture du cadavre. — Deux litres environ de sérosité verdâtre dans la cavité du péritoine. Point de péritonite, seulement quelques franges vasculaires sur le colon iliaque. Le foie avait son volume naturel; sa couleur était olive. Adhérence intime du foie avec le diaphragme, adhérence non moins intime de l'arc du colon et de la première portion du duodénum avec la face inférieure du foie au niveau de la vésicule, si bien qu'il fallut une dissection très longue pour isoler du milieu de ces parties la vésicule sous la forme d'un petit kyste à parois excessivement épaisses, rempli d'un mucus verdâtre, sans communication avec le reste des voies biliaires.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. FOIE, tome VIII, page 327.

Le foie présentait à sa surface, et dans toute l'étendue de cette surface, une sorte de marbrure blanc-jaunâtre. A la face inférieure du foie, je remarque deux petites éminences mamelonnées, d'une couleur blanc jaunâtre, qui n'étaient autre chose que la saillie de deux très petits abcès prêts à s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Si cette déchirure avait eu lieu, assurément il aurait été très difficile de la reconnaître à l'autopsie et de diagnostiquer la cause de la péritonite consécutive qu'elle aurait occasionée : par conséquent, cette péritonite aurait été considérée comme idiopathique.

Le foie incisé présente sur la tranche de l'incision un fond vert-olive, et çà et là de petits foyers contenant un mucus purulent, épaissi, diversement coloré, ici jaune-orangé, là vert foncé, ailleurs verdâtre. Ces petits foyers n'ont pas de forme déterminée : les uns semblent formés par une radicule biliaire dilatée, les autres par une radicule dilatée et perforée, d'autres enfin par plusieurs radicules dilatées et perforées communiquant entre elles pour constituer des foyers multiloculaires ; la substance du foie qui avoisinait ces petits foyers n'était pas sensiblement enflammée. Ces foyers existaient d'ailleurs par milliers, mais non uniformément ; ils occupaient principalement le grand lobe du foie.

Le canal cholédoque, étroit dans sa portion duodénale, se dilatait immédiatement au-dessus, où il présentait un calcul qui remplissait incomplètement sa cavité, et la dilatation se prolongeait non-seulement dans le canal hépatique, mais encore dans toutes ses divisions. Au niveau du calcul biliaire, le canal cholédoque présentait une eschare formée aux dépens de sa couche la plus profonde. Au niveau du canal cystique, dont il m'a été impossible de retrouver vestige, le canal cholédoque communiquait avec une cavité latérale, à parois escharifiées. Serait-ce une poche formée par la présence d'un calcul biliaire?

Les *poumons* étaient œdémateux. L'un de ces poumons présentait dans son lobe inférieur tous les caractères de la pneumonie œdémateuse.

Rate saine.

Cerveau. Ramollissement blanc occupant les circonvolutions du lobule du corps strié et les circonvolutions voisines. Sur ce même lobule, se voyait une membrane ou cicatrice gris-jaunâtre, trace du foyer qui avait déterminé l'ancienne hémiplégie.

Réflexions. Voici la manière dont je conçois l'observation qui précède. Un calcul biliaire, existant dans le canal hépatique ou dans le canal cholédoque, a déterminé une rétention de bile intermittente, et, par suite, un ictère intermittent. Rien de plus facile à comprendre que ces rétentions intermittentes. Lorsqu'un calcul biliaire obture hermétiquement le canal cholédoque ou le canal hépatique, une rétention de bile complète a lieu ; mais bientôt, par le fait de cette rétention, le canal cholédoque et le canal hépatique sont dilatés au-dessus de l'obstacle. Cette dilatation doit se propager nécessairement jusqu'à la portion du canal qui répond à l'obstacle, et bientôt, la bile s'insinuant entre le calcul et les parois, la circulation se rétablit; l'ictère cesse avec la rétention ; mais il est aisé de comprendre qu'en vertu de son élasticité et de sa contractilité, le canal, qui n'est plus distendu, doit revenir sur lui-même, s'appliquer contre le calcul, d'où une rétention nouvelle, d'où de nouveaux accidens de rétention, qui peuvent se renouveler et cesser ainsi un grand nombre de fois. (1)

La rétention de bile dans le conduit hépatique peut avoir pour résultat la distension pure et simple de tout l'arbre biliaire depuis le canal cholédoque jusqu'aux derniers radicules. Dans d'autres cas, cette rétention entraîne non-seulement la rétention, mais encore l'inflammation des voies biliaires, dans toute leur étendue. Plus souvent cette inflammation se concentre dans les radicules biliaires, soit parce que ces radicules ont plus à souffrir de la distension en se dilatant en ampoules, soit parce que c'est dans ces radicules, que se concentre la bile, qui se concrète en *calculs hépatiques miliaires*, dont j'ai eu bien souvent occasion de constater la présence. Ces radicules biliaires enflammées se remplissent d'un pus muqueux, affectant toute sorte de nuances de coloration, et constituant de petits abcès circonscrits qui simulent les abcès, suite d'une phlébite. Dans le cas actuel, l'inflammation, le racornissement de la vésicule du fiel peuvent avoir été la conséquence de son inflammation, et celle-ci a suite de sa distension.

(1) Voyez *Annales de la chirurgie française et étrangère*, Paris, 1841, tome III, page 345.

MALADIES DU FOIE.

Cancer mélanique.

Cancer mélanique occupant la peau, le foie, les poumons et l'intérieur du globe de l'œil.

(Planche 1, xxii^e livraison.)

M. G..., docteur en médecine, âgé de 56 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé; la seule maladie qu'il eût éprouvée était une inflammation chronique de l'œil droit, laquelle s'était reproduite à trois reprises différentes, et avait singulièrement affaibli cet organe, qui pourtant, au dire du malade, était encore de quelque usage. Si les chagrins, les préoccupations d'esprit peuvent être pour quelque chose dans le développement d'une maladie du foie, ils ne furent pas épargnés à M. G., qui, en 1830, se vit destitué d'une place, principal moyen d'existence de sa nombreuse famille, et qui ne pouvait se résigner à un changement de position aussi cruel.

En 1835, dans les mois de février et de mars, M. G. s'aperçut que son appétit diminuait, sans savoir à quoi l'attribuer. Un dévoiement qui survint sans cause connue céda à la diète observée pendant deux ou trois jours.

Au commencement d'avril, M. G. ressentit des douleurs assez vives à la région lombaire et à la cuisse droites. Il les considéra comme rhumatismales; mais n'ayant pas le temps de se soigner, il se contenta de les combattre par l'application d'un sinapisme, qu'il renouvelait de temps en temps.

Le 24 avril, en se palpant l'abdomen au lit, il s'aperçut que le foie dépassait d'un travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes. Un confrère appelé constata, avec l'augmentation de volume du foie, l'existence d'un mouvement fébrile habituel : quelques sangsues furent apposées à l'anus. M. G. avait des malades en danger, il continua à les suivre jusqu'à ce qu'il fût rassuré sur leur état, et s'alita le 29 avril.

Le foie s'accrut graduellement et rapidement : il ne tarda pas à descendre jusqu'à l'ombilic, qu'il eut bientôt débordé pour atteindre l'épine iliaque antérieure et supérieure, et se prolonger dans l'hypochondre et dans le flanc gauches.

La sensibilité de la région du foie, vive d'abord et augmentant par la pression, diminua par la suite; mais le malade éprouvait dans cet organe une sensation de travail profond, de feu qui le dévorait, et parfois il disait que les douleurs étaient *indicibles*.

Les douleurs présumées rhumatismales, mais qui étaient évidemment dues à la maladie du foie, redoublèrent d'intensité : elles occupaient la région lombaire et la cuisse droites, et remontaient souvent jusque sur le côté droit du thorax; parfois elles se portèrent sur l'épaule gauche et sur les muscles intercostaux du même côté : lorsque ces douleurs se réveillaient avec plus d'intensité, la respiration devenait très gênée : une fois, vers la fin de mai, les douleurs acquirent une si grande vivacité, qu'on fut obligé de faire une application de 15 sangsues. Plus tard, ces douleurs disparurent; et dans les derniers jours de sa vie, le malade ne se plaignait que d'un léger ressentiment à l'épaule gauche.

L'état des organes digestifs suivit les diverses phases d'une lésion aussi considérable de l'organe sécréteur de la bile. L'appétit ne fut pas d'abord entièrement aboli; pendant quelque temps le malade faisait deux petits repas de légumes, auxquels il ajoutait des fruits en certaine quantité. Bientôt il réduisit son alimentation à quelques tasses de lait et au suc exprimé de fraises et de cerises; plus tard, il se contenta d'eau panée et d'eau sucrée. Les selles furent toujours régulières, avec leur coloration naturelle. Jamais les urines ne furent ictériques; elles conservèrent, au contraire, leur caractère naturel pendant tout le cours de la maladie. Leur quantité était en raison inverse des sueurs, qui furent très copieuses et continuelles pendant le dernier mois, et obligeaient le malade à changer continuellement de linge. La peau ne présenta pas la plus légère teinte ictérique, et la physionomie est long-temps restée bonne; ce n'est que dans le dernier mois de la vie qu'elle prit cette teinte jaune-paille qui caractérise les lésions organiques profondes.

Les forces musculaires se maintinrent pendant long-temps, soutenues qu'elles étaient par un grand courage. M. G. ne cessa de se lever que lorsque les sueurs habituelles vinrent l'en empêcher : il put se soutenir jusqu'au dernier jour pour se transporter d'un lit dans un autre.

Les facultés intellectuelles conservèrent jusqu'au dernier moment leur état d'intégrité. Certain de sa fin

prochaine, il en parlait avec un calme et une résignation qu'il puisait dans des sentimens religieux aussi profonds qu'élevés.

Le pouls offrit pendant tout le cours de la maladie une fréquence remarquable de 110 à 130 pulsations.

La respiration, qui jusque-là avait été naturelle, s'accéléra pendant le dernier mois; on put d'abord croire que cette accélération était due et au volume du foie qui soulevait le diaphragme et à l'excessive faiblesse du malade; mais elle était tellement considérable, qu'on dut soupçonner qu'elle était liée à une affection idiopathique du poumon, et cependant la percussion et l'auscultation ne donnèrent aucun indice de lésion.

Le traitement consista d'abord dans le régime végétal, dans l'emploi du calomel et des frictions mercurielles. Les cataplasmes de Pradier sur les membres inférieurs, les pédiluves excitans, les sinapismes, une emplâtre de thériaque sur le foie furent employés avec tout aussi peu de succès.

Dans les derniers temps, une région de la volumineuse tumeur formée par le foie offrant une certaine saillie, on put croire à une tumeur enkystée du foie; cette idée était la seule qui offrît quelques chances de salut, on s'y attacha; bien plus, on proposa la ponction dans le foie. On se fondait sur une fluctuation qu'on croyait sentir distinctement, sur l'absence de bosselures à la surface du foie, sur l'innocuité d'une ponction précédée par l'application de la potasse caustique, à la manière de M. Récamier : je dois dire que, des cinq consultans réunis pour cet objet, je fus le seul opposant, et je me fondais sur l'absence d'une fluctuation bien manifeste, sur la présence plus que probable des tubercules cancéreux dans le foie, tubercules dont le volume n'était pas assez considérable pour proéminer à la surface de l'organe, et devenir sensible à travers les parois abdominales. M. Breschet, l'un des consultans, appela d'ailleurs notre attention sur une circonstance bien remarquable, et qui donnait au diagnostic une certitude aussi complète que possible. Il avait été appelé au mois de mai par M. G. pour une tumeur du volume d'un gros pois, qu'il portait au bras droit, au niveau de l'attache humérale du deltoïde. Cette tumeur, qui paraissait n'exister que depuis un an, était très sensible à la pression, sa couleur était noire, sa surface inégale comme une mûre; le malade l'avait prise pour une tumeur érectile : c'était une tumeur mélanique. Depuis cette époque, plusieurs points mélaniques s'étaient manifestés au cuir chevelu, dans l'épaisseur de la cicatrice d'un séton à la nuque, sur la peau de l'abdomen. Or, comme, d'une part, il est sans exemple qu'une tumeur mélanique se soit manifestée dans un point sans qu'il n'en existât concurremment dans un grand nombre d'autres points; comme, d'une autre part, le foie est de tous les organes celui qui est le plus exposé aux tubercules cancéreux mélaniques ou autres, il fut évident pour nous que le foie était le siège d'un grand développement de ces tubercules.

Néanmoins, en vertu de ce précepte *melius anceps quàm nullum*, quelques grains de potasse caustique furent apposés sur le point le plus saillant de la tumeur hépatique; le lendemain, la ponction fut pratiquée à l'aide du trois-quarts, un stylet qui fut substitué au poinçon du trois-quarts, promené dans diverses directions, car il ne trouvait pas de résistance. Vain espoir, il ne sortit que quelques gouttes de sang. Le malade parut insensible à cette opération, laquelle n'exerça aucune influence sur sa mort, qui eut lieu trois jours après, le 5 juillet.

Ouverture du cadavre, 18 heures après la mort.—Putréfaction très avancée. Le foie (XXII^e^ livr., pl. 1), offrait de deux à trois fois son volume naturel. Il pesait huit livres environ. Sa mollesse était considérable, et cette mollesse n'était nullement cadavérique. Sa couleur était jaune-serin dans la plus grande partie de son étendue. Sa surface présentait des taches noires de diverses dimensions et à peine proéminentes : quelques-unes de ces taches étaient grises. La coupe du foie nous offrit une quantité considérable de tumeurs mélaniques TM, TM, de diverses dimensions, depuis celle d'un grain de mil jusqu'à celle d'une *grosse truffe*. Les tumeurs mélaniques s'énucléaient avec la plus grande facilité, au milieu du tissu du foie jaune et ramolli. Sur la figure, le bord antérieur du lobe droit LD rend exactement l'aspect que présentait le tissu du foie après l'ablation de son enveloppe fibro-séreuse. On voit que les vaisseaux seuls soutenaient le tissu ramolli et comme diffluent interposé aux nombreuses tumeurs mélaniques TM, TM, qui constituent les deux tiers environ de la masse que présentait le foie.

Les coupes obliques pratiquées sur le lobe gauche LG et sur le lobe droit LD, montrent la disposition des tumeurs par rapport au tissu du foie. On voit qu'elles occupent non-seulement la surface, mais encore toute l'épaisseur de cet organe. On peut apprécier leurs formes diverses, leurs différences de volume, leur texture et leur couleur.

Leur couleur est généralement noire; mais la matière colorante qu'on en exprime est d'un brun marron foncé, à la manière du pigment choroïdien. Quelques-unes de ces tumeurs sont grises, d'autres d'un gris mêlé de noir; plusieurs sont comme marbrées de gris et de noir; quelques-unes présentent des plaques grises au milieu d'un tissu tout-à-fait noir. On ne peut mieux comparer toutes ces nuances de coloration qu'à celles que présente la truffe depuis le gris-blanc jusqu'au beau noir.

La consistance était d'ailleurs à-peu-près celle de la truffe avec ses variétés. Quelques-unes molles, semblables aux truffes de mauvaise qualité; les autres denses et comme fragiles. La coupe de ces dernières présentait des stries blanches formées par des lamelles de tissu fibreux qui en formaient la charpente.

Comprimées, les tumeurs mélaniques donnaient un suc noir plus ou moins abondant, souvent même très abondant, teignant le linge et les doigts à la manière du pigment choroïdien : plusieurs étaient converties en des espèces de kystes remplis de matière noire; aucune ne donnait de suc cancéreux proprement dit. Toutes les veines hépatiques étaient saines, même celles qui traversaient les tumeurs.

Les poumons présentaient à leur surface des tumeurs de même nature, mais moins volumineuses et moins foncées en couleur.—On en trouvait quelques-unes sous la plèvre costale.

Je fus curieux d'ouvrir l'œil pour lequel le malade m'avait demandé conseil plusieurs années avant sa maladie, et qui était le siège d'élancemens douloureux, et je vis qu'au fond de l'œil il y avait deux tumeurs mélaniques striées de blanc et de noir. L'une de ces tumeurs occupait le point précis où le nerf optique se continue avec la rétine; l'autre était située au côté externe. Ces tumeurs, du volume d'un gros pois, m'ont paru développées aux dépens de la choroïde.

Réflexions. — Le cancer mélanique paraît avoir, à un degré bien plus considérable que les autres formes de cancer, le triste privilège de se développer successivement ou simultanément dans un grand nombre d'organes à-la-fois, en sorte qu'il suffit d'avoir constaté la présence d'un cancer mélanique dans un point pour diagnostiquer sa présence ou actuelle ou prochaine dans d'autres points. Les petits cancers mélaniques de la peau qui ont si utilement servi au diagnostic dans le cas présent, étaient-ils antérieurs aux tubercules mélaniques du foie, ou les uns et les autres se sont-ils développés simultanément? Les faits militent également pour l'une et pour l'autre manière de voir. En effet, le cancer en général et le cancer mélanique en particulier, se comportent tantôt comme une cause qui envahit en même temps un grand nombre d'organes à-la-fois, tantôt comme une cause qui se développe primitivement dans un point d'où, comme d'un foyer, elle infecte l'économie tout entière. Ma manière de voir sur le siège du cancer dans les capillaires veineux est également favorable à l'un et à l'autre mode de développement de la maladie cancéreuse : elle explique parfaitement comment le cancer développé dans un point où il paraît primitivement local envahit successivement les divers organes, et en particulier ceux qui sont les plus riches en vaisseaux sanguins, tels que le foie, les poumons, et comment le cancer se montre par masses isolées, au milieu de parties qui sont dans l'état le plus parfait d'intégrité. La phlébite du foie, celle du poumon consécutive à une phlébite traumatique, affectent absolument le même mode de développement.

L'état latent de la maladie du foie s'explique par l'indépendance parfaite des granulations hépatiques, en sorte que lorsqu'un certain nombre de granulations a été envahie, les granulations restantes suppléent à leur action; la mollesse du foie atteste d'ailleurs que cet organe a été le siège d'une fluxion considérable, fluxion séreuse qui a dissous les granulations et les a amoindries, en sorte que, plongé sous l'eau, le tissu du foie se présente sous l'aspect de vaisseaux le long desquels étaient régulièrement rangés de petits grains aplatis à la manière du raisin desséché.

Quant à l'absence d'ictère, je crois avoir prouvé ailleurs que, dans les maladies du foie, l'ictère ne survient que lorsqu'il existe un obstacle à la circulation de la bile.

A quelle époque remontent les cancers mélaniques de l'œil? L'ophthalmie chronique profonde de l'organe a-t-elle provoqué le développement de la maladie?

Quant au traitement du cancer mélanique ou autre, il sera nul tout le temps qu'on n'aura pas découvert un spécifique qui, à l'instar du mercure pour la syphilis, aille, porté dans le torrent de la circulation, atteindre la cause inconnue du cancer, et la neutraliser et dans son foyer primitif et dans ses foyers secondaires.